



CAOT - ACE

ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES

septembre/octobre 2010 • VOLUME 12 • 5

Table des matières

- 3** **Aborder les enjeux en matière de conduite automobile et de mobilité dans la communauté : Défis et possibilités pour l'ergothérapie**
Brenda Vrkljan, collaboratrice spéciale
- 5** **Candrive : Au volant de la recherche sur les aînés**
Angela Kennedy
- 7** **Le rôle de l'ergothérapeute face à la sécurité au volant des conducteurs âgés : Perfectionnement des compétences au volant – le programme Stay SHARP**
Nicol Korner-Bitensky et Ailene Kua
- 9** **Faciliter la conduite automobile en tant qu'occupation : une perspective de l'ergothérapie**
Dianna Roberston
- 12** **Points de vue : L'expérience et le processus associés à l'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile et au renoncement à la conduite automobile**
Judy Cramm, Frank Cramm et Michelle Osmond
- 15** **Aider les conducteurs âgés**
Janet Craik, directrice de la pratique professionnelle de l'ACE et Claudia von Zweck, directrice générale de l'ACE
- 16** **Adaptations et équipement pour le véhicule : Le rôle de la National Mobility Equipment Dealer's Association (NMEDA)**
- 18** **Conduire le domaine vers l'avant : L'ergothérapie et l'Association of Driver Rehabilitation Specialists**
Margaret Young
- 19** **Réadaptation à la conduite automobile : Foire aux questions**
Lynn Hunt
- 20** **La démence et la conduite automobile : Du diagnostic au renoncement à la conduite automobile et au-delà**
Lisa Kristalovich
- 23** **Faire tomber les barrières et préparer l'avenir : Les transports durables pour les aînés sont la voie de l'avenir**
David Dunne
- 25** **Feuille d'information : Le renoncement à la conduite automobile**
Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés
- 27** **Inciter les partenaires de la communauté à aborder la question des conducteurs à risque atteints de démence**
Briana Zur
- 30** **Ma voiture, comme le prolongement de mon corps**
Anne M.

Toute déclaration figurant dans un article publié dans les *Actualités ergothérapeutiques* est la seule responsabilité de l'auteur et, sauf avis contraire, ne représente pas la position officielle de l'ACE qui, de plus, n'assume aucune responsabilité envers une telle déclaration. *Actualités ergothérapeutiques*, une tribune consacrée à la discussion de questions qui touchent les ergothérapeutes, fait appel à votre participation.

Tous droits de rédaction réservés AE et l'ACE n'endossent pas nécessairement les annonces acceptées pour publication.

Présidente d'honneur de l'ACE

Son Excellence la très honorable Michaëlle Jean C.C., C.M.M., C.O.M., C.D. Gouverneure générale du Canada

Présidente de l'ACE

Elizabeth Taylor, PhD

Directrice nationale de l'ACE

Claudia von Zweck, PhD

Retourner les colis non distribuables portant une adresse canadienne à l'adresse suivante :

Association canadienne des ergothérapeutes
Édifice CTTC, Suite 3400
1125 promenade Colonel By
Ottawa, Ontario K1S 5R1
Tél. (613) 523-CAOT ou (800) 434-2268
Courriel : publications@caot.ca

Indexage

Les *Actualités ergothérapeutiques* sont maintenant indexées dans : ProQuest et OTDBase

Publicité

Lisa Sheehan, (613) 523-2268, poste 232
courriel : advertising@caot.ca

Tarifs publicitaires

Linda Charney
(613) 523-2268, poste 242
courriel : subscriptions@caot.ca

Droit d'auteur

L'Association canadienne des ergothérapeutes détient le droit d'auteur des *Actualités ergothérapeutiques*. Une autorisation écrite de l'ACE ou de l'ACOTUP sont autorisés à photocopier jusqu'à 100 copies d'un article, si ces copies sont distribuées gratuitement à des étudiants ou à des consommateurs, à titre informatif.

Pour toute question concernant le droit d'auteur, communiquer avec

copyright@caot.ca
Télécop. (613) 523-2552
www.caot.ca
www.otworks.ca

Actualités ergothérapeutiques est publié six fois par année (à tous les deux mois, à partir de janvier), par l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE).

Rédactrice en chef

Brenda McGibbon Lammi, MSc(RS), BHSc(OT), OT REG (Ont)
Tél. (613) 587-4124 Télécop. (613) 587-4121
Courriel : otnow@caot.ca

TRADUCTION

De Shakespeare à Molière, Services de traduction

Conception graphique et mise en page

JARcreative

Comité de rédaction de l'ACE

Présidente : Brenda McGibbon Lammi
Membres : Melissa Croskery, Emily Etchverry, Tom Grant, Susan Mulholland, Nadia Noble, Aliko Thomas-Pyliotis
Ex-officio: Marcia Finlayson

Chroniqueurs attitrés

Évaluations critiques d'articles scientifiques (ECAS)
Lori Letts, PhD

Liens internationaux : Sandra Bressler, MEd

Mise à jour technologique

Roselle Adler, BScOT et Josée Séguin, MSc

Notre passé ergothérapeutique : Sue Baptiste, MHSc

Réflexions sur la pratique privée

Jonathan Rivero, BScOT, OT(c)

Christel Seeberger, BSc OT, OT Reg (NB), OTR

Le sens de l'agir

Helene J. Polatajko, PhD et Jane A. Davis, MSc

Télé-ergothérapie

Lili Liu, PhD et Masako Miyazaki, PhD

Quand la théorie rejoint la pratique

Heidi Cramm, MSc

Surveillez votre pratique : Sandra Hobson, MAEd

L'occupation sur la terre des cieux vivants



Saskatoon, SK • Conférence de l'ACE 2011, 15-18 juin

Appel de présentations

Date limite de l'appel de présentations : 15 septembre 2010

Date limite des étudiants (niveau d'entrée) : 1^{er} octobre 2010

Soumettez votre proposition en ligne, au www.caot.ca

Information : (800) 434-2268, poste 232

Courriel : conference@caot.ca

Le programme du congrès sera disponible le
1^{er} février 2011, au www.caot.ca

Inscription hâtive : du 1^{er} février au 15 avril 2011

Courriel : conference@caot.ca



Organisé conjointement par l'Association canadienne des ergothérapeutes
et la Saskatchewan Society of Occupational Therapists



Ce numéro spécial des *Actualités ergothérapeutiques* a été financé en partie par le Fonds pour la santé de la population, de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement les opinions de l'Agence de la santé publique du Canada.

Aborder les enjeux en matière de conduite automobile et de mobilité dans la communauté : Défis et possibilités pour l'ergothérapie

Brenda Vrkljan, collaboratrice spéciale



Je me souviens de mon premier emploi en ergothérapie. J'étais alors très excitée de me lancer dans une carrière aux infinies possibilités. J'avais enfin la chance d'utiliser les compétences que j'avais acquises pendant mes études et mes stages cliniques. Après l'obtention de mon diplôme, j'ai commencé à travailler à Chatham, en Ontario, d'abord dans le domaine de la santé en milieu scolaire,

puis en milieu hospitalier. Lorsque je songe à ces années, je me rends compte que mon travail à Chatham a été un point tournant dans ma carrière et dans ma vie. Mes interactions avec mes collègues et clients dans cette communauté ont été une source d'inspiration pour mon programme actuel de recherche et pour cette édition spéciale sur la conduite automobile et la mobilité dans la communauté.

Située au cœur du sud-ouest de l'Ontario, à deux pas de l'autoroute 401, entre London et Windsor, la ville de Chatham a été établie sur le corridor le plus peuplé du Canada et pourtant, c'est toujours une ville rurale. Cette ville de taille moyenne (Pop : ~45 783) est considérée comme



le centre urbain des villes et villages avoisinants. Comme de nombreuses communautés à travers le Canada, Chatham a une population vieillissante. Les ergothérapeutes

reconnaissent qu'en vieillissant, nous sommes plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé pouvant avoir un effet sur notre capacité d'effectuer nos activités de la vie quotidienne (AVQ), c'est-à-dire les choses qui occupent notre temps, soient nos occupations.

Lorsque je travaillais à l'hôpital de Chatham, Je me souviens des conversations que j'ai eues avec des clients à propos de leurs objectifs en matière d'occupation. Je leur posais des questions comme : « Qu'est-ce que vous aimeriez recommencer à faire? » et « Qu'est-ce qui est important pour vous? ». Pour la plupart des clients, l'objectif principal était de retourner à domicile, suivi de près par celui de recommencer à conduire leur automobile. Ces conversations mettaient en relief la relation entre l'accès aux transports et la qualité de vie. En effet, la conduite automobile offre le moyen d'effectuer les activités instrumentales de la vie

quotidienne (AIVQ), notamment faire l'épicerie, se rendre à des rendez-vous, etc., mais aussi de participer aux simples plaisirs de la vie, comme visiter ses amis et sa famille. Ces conversations m'ont permis de prendre conscience de deux choses : 1) La mobilité dans la communauté signifie beaucoup plus que la conduite automobile. Dans le cadre de notre évaluation, il est essentiel de déterminer comment les clients ou les familles se rendent à différents endroits et ont accès à certaines personnes et occupations qu'ils jugent importantes. Quels modes de transport utilisent-ils? Quels sont les modes de transport qui sont offerts dans leur communauté? Le transport doit être considéré comme faisant partie intégrante du processus d'évaluation; et 2) La mobilité n'a rien à voir avec l'âge. Parfois les gens subissent des changements face à leur santé qui exercent un effet sur leur mobilité dans leur communauté, tout au long de leur vie. Par exemple, les enjeux liés au transport et à la mobilité dans la communauté sont aussi des considérations importantes lorsque l'on travaille avec des familles qui ont des enfants handicapés.

Comme ce numéro spécial le souligne, les ergothérapeutes jouent un rôle de leadership dans le domaine de la conduite automobile et de la mobilité dans la communauté. Notre formation et notre façon unique de concevoir la santé et le handicap nous aident à diriger les initiatives dans ce domaine. Mais notre approche centrée sur le client nous permet surtout de veiller à ce que les clients participent à l'intervention dans la mesure du possible.

En raison du nombre de soumissions reçues et de l'intérêt suscité par cette édition spéciale, nous n'avons malheureusement pas pu publier tous les articles soumis. Nous avons dû prendre des décisions difficiles. Bien que notre objectif était de présenter une perspective globale, il est possible que vous ayez l'impression que certains éléments clés aient été négligés. Voilà pourquoi nous vous invitons à prendre connaissance des données probantes les plus récentes sur la mobilité

À propos de la collaboratrice spéciale - Brenda Vrkljan, PhD, O.T. Reg. (Ont.) est professeure adjointe au programme d'ergothérapie de la School of Rehabilitation Science, à la McMaster University. Brenda est membre actif de l'Association of Driving Rehabilitation Specialists (ADED) et du groupe de travail sur les conducteurs âgés de l'Ontario Society of Occupational Therapists (OSOT). Elle chercheur principal et cochercheur principal de projets qui examinent des outils d'évaluation associés à la conduite automobile qui sont financés par la Fondation canadienne d'ergothérapie (FCE), l'Ontario Neurotrauma Foundation (ONF) et Transport Canada. Brenda est chercheur principal de site pour l'étude commune de cohorte de la McMaster-Hamilton-Candrive (HYPERLINK "http://www.candrive.ca" www.candrive.ca) et cochercheur du projet « Transport sécuritaire pour les aînés » financé par Auto21 (www.auto21.ca). Madame Vrkljan était également membre du conseil consultatif du Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés (www.securitedesconducteursages.ca). On peut la joindre à vrkljan@mcmaster.ca.

¹Recensement de 2006 de Statistique Canada <http://www12.statcan.ca/english/census06/data/popdwel/Tables.cfm?T=801&PR=0&SR=1&S=3&O=D>

dans la communauté qui seront publiées dans l'édition spéciale de mars 2011 de la *Revue canadienne d'ergothérapie*. Pour ce numéro spécial des *Actualités ergothérapeutiques*, nous avons concentré nos efforts sur la présentation de la portée de l'expertise de l'ergothérapie dans le domaine de la conduite automobile et sur l'exploration des possibilités d'avenir de notre profession dans ce domaine.

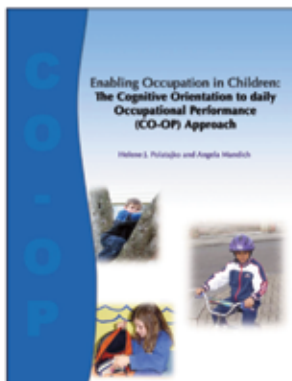
Les articles publiés dans ce numéro spécial ont été organisés de manière à susciter le dialogue entre nos collègues, mais également pour attirer l'attention d'un lectorat plus large, allant des consommateurs aux instances décisionnelles. L'article sur la Canadian Driving Research Initiative for Vehicular Safety in the Elderly (Candrive) et celui de Nicol Korner-Bitensky et Ailene Kua sur les programmes de perfectionnement en conduite automobile soulignent le rôle déterminant des ergothérapeutes dans la recherche portant sur le dépistage, la réadaptation et l'entraînement des conducteurs à risque. David Dunne, directeur de Road Safety pour la British Columbia Automobile Association Traffic Safety Foundation, expose les mesures qui ont été prises pour aborder le renoncement à la conduite automobile, de même que les solutions de rechange en matière de transport qui sont appliquées dans sa province. Il nous invite à passer à l'action dans nos propres communautés. Les articles de Lisa Kristalovich, Briana Zur et Diana Robertson donnent des exemples de l'engagement et des efforts déployés par les ergothérapeutes pour obtenir l'engagement des autres intervenants et pour aborder les enjeux liés à la conduite automobile dans leurs provinces et milieux de pratique respectifs. Par ailleurs, le partenariat judicieux établi entre l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) lors de l'élaboration du *Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés* permet aux ergothérapeutes de jouer un rôle important en facilitant la

conduite automobile et la mobilité dans la communauté, de même que le renoncement à la conduite automobile chez les aînés.

Les articles publiés dans ce numéro spécial témoignent d'une combinaison d'expérience personnelle et d'expérience professionnelle. Par exemple, dans l'un de nos articles, M. Cramm, qui a subi une évaluation de son aptitude à la conduite automobile, son épouse et Michelle Osmond, une ergothérapeute exerçant dans le domaine de la réadaptation à la conduite automobile, partagent chacun leur perspective sur le processus d'évaluation. D'autres articles ont pour but de nous éduquer et de rehausser nos connaissances sur les organismes clés pour les ergothérapeutes et autres intervenants exerçant dans ce champ d'intervention, notamment l'Association of Driver Rehabilitation Specialists. Nous tenons à remercier David Hutchison, président actuel de la division canadienne de la National Mobility Equipment Dealers Association (NMEDA), qui nous a fourni des exemples de possibilités en matière d'équipement pour les personnes ayant des handicaps. Ce numéro spécial se termine par un article poignant rédigé par une clinicienne qui raconte l'expérience personnelle qu'elle a vécue lorsque son père a perdu son permis de conduire.

En tant qu'ergothérapeutes, nous avons beaucoup à offrir pour aider les gens à améliorer leur qualité de vie. Les transports, la mobilité dans la communauté et les problèmes associés à la conduite automobile comptent parmi les nombreux aspects de la pratique où nous pouvons mettre à contribution nos compétences en leadership. Bien que ces enjeux soient toujours difficiles à aborder, ils présentent aussi de nombreuses possibilités. Je tiens à remercier tous ceux qui ont mis leur expertise à contribution et toutes les personnes qui font de ce monde un endroit où il fait bon vivre, jouer et travailler.

Rabais de 10 % en septembre



Enabling Occupation in Children: The Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP)

Helene J. Polatajko et Angela Mandich

- Presents new perspectives to understand children's performance difficulties.
- Uses hands-on activities to familiarize therapists with cognitive strategies and how apply them.
- Includes a CD-ROM.

Prix: 55,75 \$ | 41,80 \$ member de l'ACE

(plus frais de poste et TPS)

Association canadienne des ergothérapeutes

Édifice CTTC, bureau 3400, 1125, prom. Colonel By, Ottawa (Ontario) K1S 5R1 Courriel : publications@caot.ca www.caot.ca



CAOT PUBLICATIONS ACE

Candrive : Au volant de la recherche sur les aînés

Angela Kennedy



À propos de Candrive

Candrive (Canadian Driving Research Initiative for Vehicular Safety in the Elderly) est un programme de recherche interdisciplinaire en santé

axé sur l'amélioration de la sécurité des conducteurs âgés au Canada. Le rôle des ergothérapeutes dans ce réseau a été et continue d'être essentiel à la réussite de Candrive.

La nécessité d'un dépistage valide et fiable des conducteurs âgés

Compte tenu du fait que la génération des baby-boomers atteint l'âge de 65 ans cette année, le Canada fait face à une augmentation rapide du nombre de conducteurs âgés sur nos routes. Bien qu'ils comptent parmi les conducteurs les plus prudents comparativement aux conducteurs d'autres groupes d'âges, les conducteurs âgés ont aussi le plus fort pourcentage de collisions par kilomètre parcouru – un fait qui a attiré l'attention des gouvernements, des organismes non gouvernementaux et des médias. Nous savons que ce risque élevé de collisions n'est pas causé par le vieillissement en soi, mais par l'augmentation des problèmes de santé qui peuvent avoir des conséquences sur l'aptitude d'une personne à conduire en toute sécurité. Les chercheurs de ce domaine ont le défi de trouver des moyens de parvenir à un équilibre entre les risques liés à la conduite automobile et l'autonomie et la commodité que procure la conduite automobile.

Il y a dix ans, le Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé (CCATM) et la U.S. National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) ont ciblé le besoin d'effectuer des recherches sur les enjeux liés à la sécurité des conducteurs âgés et d'élaborer des méthodes de dépistage et d'évaluation valides et fiables, basées sur les problèmes médicaux, les rapports de collisions et la capacité fonctionnelle (Man-Son-Hing et al., 2001).

Compte tenu de l'obligation des médecins de rapporter les personnes qui semblent inaptes à conduire une automobile et du manque d'uniformité des directives face à l'obligation face à l'obligation de déclarer l'inaptitude à la conduite automobile à travers l'Amérique du Nord, les travaux de recherche sur l'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile effectués avant la création de Candrive étaient axés sur l'établissement de lignes directrices pratiques et cliniques pouvant s'appliquer aux individus. Toutefois, peu d'études étaient basées sur l'approche globale requise pour donner des résultats fiables et fondés sur les preuves, ce qui a forcé les cliniciens à continuer de se fier à leur propre jugement subjectif.

Au moment même où il est devenu de plus en plus important de déterminer l'aptitude à conduire, il est également devenu évident que d'autres questions associées aux conducteurs âgés devaient faire l'objet de recherches,

comme les conséquences et les effets psychosociaux du retrait de la conduite automobile sur les conducteurs, leur famille et leurs amis et sur les dispensateurs de soins de santé.

Les raisons pour lesquelles Candrive est une initiative de recherche différente

Avant l'avènement de Candrive, de nombreux chercheurs canadiens s'intéressaient aux enjeux liés à la conduite automobile chez les aînés, mais les travaux étaient fragmentés en raison d'un manque d'efforts coordonnés. En 2002, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont approuvé un financement pour une subvention de cinq ans, afin qu'une nouvelle équipe novatrice mette Candrive sur pied. Les cinq années suivantes ont donc été consacrées à l'élaboration d'un cadre de recherche solide et à la mise sur pied d'une équipe comprenant des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des psychologues, des kinésiothérapeutes, des épidémiologistes et plusieurs spécialistes médicaux en gériatrie et en réadaptation, en rhumatologie et en psychiatrie gériatrique. Par ailleurs, Candrive a établi des partenariats de travail avec les ministères des transports provinciaux, le CCATM et Transport Canada, de même qu'avec des organismes professionnels comme l'Association médicale canadienne et l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). Les chercheurs de Candrive sont également membres de plusieurs comités consultatifs qui veillent à ce que les résultats de recherche soient intégrés à l'élaboration de politiques et à la pratique clinique.

En s'appuyant sur la force vive créée par cette nouvelle équipe en 2008, Candrive a réussi à obtenir une subvention d'équipe de cinq ans des IRSC, qui sont les principaux organismes de financement du gouvernement fédéral pour la recherche en santé. Cette subvention d'équipe assure le financement à long terme d'une étude de cohorte prospective internationale sur les conducteurs âgés ayant pour but de déterminer les caractéristiques médicales et psychosociales qui permettent d'évaluer la compétence et le rendement en matière de conduite automobile. L'étude est en cours dans sept sites canadiens, un site australien et bientôt un site en Nouvelle-Zélande. Six projets secondaires associés sont également en cours.

Le partenariat entre Candrive et l'ergothérapie

Les ergothérapeutes sont des partenaires de Candrive depuis sa création; ils jouent un rôle majeur dans les études menées actuellement par Candrive et ils composent une bonne partie des membres réguliers et associés de Candrive. Les ergothérapeutes, qui ont une formation pour aider les personnes âgées à mener une vie satisfaisante et à participer à tous les aspects de leur vie quotidienne, reconnaissent l'importance de les aider à conserver leur aptitude à conduire en toute sécurité aussi longtemps que possible. Comme les ergothérapeutes effectuent les évaluations de la conduite automobile sur la route et hors route et qu'ils s'intéressent à la technologie routière et automobile, leur lien avec Candrive demeure essentiel et offre une perspective unique. Le Dr

Malcolm Hing, co-fondateur et co-chercheur principal de Candrive affirme que « l'expertise des ergothérapeutes fait partie intégrante de la réussite de Candrive, car la conduite automobile peut être considérée comme une 'super' activité instrumentale de la vie quotidienne (AIVQ) et que, pour l'évaluer, il faut adopter une approche fonctionnelle ».

Plusieurs ergothérapeutes participent directement à l'étude de cohorte prospective internationale à long terme de Candrive, qui a été amorcée en 2009. Les chercheurs en ergothérapie sont les chercheurs du site de Montréal (Nicol Korner-Bitensky, Barbara Mazer et Isabelle Gelinias) et de Hamilton (Brenda Vrkljan), et plusieurs autres chercheurs associés qui participent au recrutement, à l'administration des évaluations, aux collectes de données, à l'installation des systèmes GPS et à la soumission de rapports ont également une formation en ergothérapie.

Les ergothérapeutes participent aussi à certaines des études secondaires de Candrive. Par exemple, Jan Miller Polgar et Brenda Vrkljan dirigent l'étude intitulée *Les avancées dans la conception d'automobiles : L'élaboration d'un système d'évaluation de conception des véhicules (VDRS) qui permet d'associer la capacité des conducteurs âgés aux caractéristiques des automobiles*, qui associe les aptitudes des conducteurs âgés aux caractéristiques de l'automobile. Le but de l'étude est de déterminer les caractéristiques de l'automobile qui ont une incidence sur la sécurité des aînés au volant et d'élaborer un système d'évaluation de conception des véhicules qui identifie les caractéristiques d'un véhicule qui répondent aux besoins des aînés. Pour sa part, Nicol Korner-Bitensky dirige le projet *Amélioration des conducteurs*, dont les objectifs sont d'étudier les points de vue des conducteurs âgés concernant les cours de sécurité routière et de formation et de mettre en œuvre le cours de perfectionnement de conducteurs pilote StaySHARP.

Par ailleurs, l'ACE a reçu un financement de l'Agence de la santé publique du Canada pour élaborer le *Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés*. Ce plan d'action, qui a été publié en 2009, a été créé grâce à la participation et l'aide des 21 membres du comité consultatif national qui comprenait plusieurs membres de Candrive. Candrive a également collaboré avec des ergothérapeutes lors de la Older Driver Consensus Conference ayant eu lieu en 2004 et lors de l'élaboration des On Road Driving Assessment Guidelines.

Comment aider Candrive à mettre en œuvre les résultats des études

Le principal but de Candrive est de créer et de mettre en œuvre un outil de dépistage valide et facile à utiliser pour permettre aux cliniciens d'évaluer si la condition médicale des aînés les rend aptes à conduire. Les ergothérapeutes deviendront des joueurs de premier plan dans la diffusion et la mise en œuvre de cet outil dès la première étape du dépistage. En prodiguant le premier niveau de soins à différents groupes de clients, les ergothérapeutes se trouvent dans une position stratégique pour utiliser l'outil à l'extérieur du cabinet du médecin. Grâce à leur expérience et leur expertise dans la communauté locale, notamment dans les régions où les gens n'ont pas de médecin de famille, les ergothérapeutes connaîtront les enjeux et disposeront des outils requis pour effectuer des évaluations à domicile ou en milieu clinique.

Par ailleurs, les ergothérapeutes auront l'occasion de donner leur avis sur d'autres études de Candrive et d'utiliser les résultats dans de futurs programmes de promotion de la santé et de prévention. Ces études sont notamment *L'évaluation de la pertinence du simulateur comme outil de dépistage chez les conducteurs âgés à risque*, dont le principal but est de valider davantage le recours aux évaluations réalisées à l'aide du simulateur de conduite, et les programmes de recyclage en conduite automobile et d'amélioration de la conduite automobile.

Pour ce qui est de l'avenir, il est important que les ergothérapeutes continuent de participer aux travaux de Candrive, car une si grande partie de leur travail est liée aux enjeux en matière de conduite automobile, en particulier aux enjeux touchant les conducteurs âgés, et tant d'autres enjeux n'ont toujours pas été abordés.

Référence

Man-Son-Hing, M., Marshall, S.C., Molnar, F.J., Wilson, K.G., Crowder, C., et Chambers, L.W. (2004). A canadian research strategy for older drivers. *Geriatrics Today*, 7, 62-83.

Le rôle de l'ergothérapeute face à la sécurité au volant des conducteurs âgés : Perfectionnement des compétences au volant – le programme Stay SHARP



Nicol Korner-Bitensky et Ailene Kua

La conduite automobile est une tâche complexe qui exige l'intégration des fonctions physiques, sensorielles et cognitives. Avec l'accroissement de la population de conducteurs âgés, on assiste également à l'augmentation du nombre de personnes détenant un permis de conduire. Chez les personnes âgées de plus de 75 ans, le pourcentage de collisions par kilomètre parcouru est 3,5 fois plus élevé que celui des conducteurs d'âge moyen (âgés de 35 à 44), un taux qui n'est dépassé que par les très jeunes conducteurs (Conseil canadien de la sécurité, 2005). Une question se pose en ce qui concerne le rôle que les ergothérapeutes peuvent jouer en offrant des cours de perfectionnement des compétences aux conducteurs âgés afin d'améliorer leurs compétences pour la conduite automobile.

En effet, les ergothérapeutes peuvent rehausser leur rôle professionnel dans le domaine de la sécurité au volant en créant et en offrant des programmes de perfectionnement des compétences aux conducteurs. Par ailleurs, en tant que groupe professionnel, les ergothérapeutes sont dans une situation idéale pour préparer les personnes âgées à cesser éventuellement de conduire avec dignité et pour leur proposer d'autres moyens de transport.

Données actuelles sur l'efficacité des interventions

Afin de mieux comprendre les avantages possibles des cours de perfectionnement de la conduite automobile à l'intention des conducteurs âgés, deux recensions des écrits sur les cours de perfectionnement ont été effectuées récemment (Kua, Korner-Bitensky, Desrosiers, Man-Son-Hing et Marshall, 2007; Korner-Bitensky, Kua, von Zweck, et Van Benthem, 2009). Ces recensions ont permis de constater qu'il y avait des preuves solides (niveau 1a) selon lesquelles l'éducation combinée à un entraînement sur route permettent d'améliorer le rendement à la conduite automobile et qu'il y avait des preuves modérées (niveau 1b) selon lesquelles l'éducation permet d'améliorer les connaissances associées à la conduite automobile. Il y avait aussi des preuves modérées (niveau 1b) selon lesquelles un réentraînement physique permet d'améliorer le rendement

Les nouvelles données probantes selon lesquelles une intervention peut permettre d'améliorer les connaissances et les comportements au volant sont très encourageantes.

à la conduite automobile. Par contre, toujours selon ces recensions, une intervention composée uniquement d'enseignement en classe ne semble pas donner de bons résultats.

D'après les preuves croissantes selon lesquelles les programmes de perfectionnement de la conduite automobile sont prometteurs, les recommandations factuelles concernant les stratégies à adopter dans

un programme de perfectionnement de la conduite automobile à l'intention des conducteurs âgés sont les suivantes : 1. Un entraînement physique axé sur la flexibilité, la coordination et la vitesse des mouvements du cou et des membres supérieurs; et, 2. Une intervention éducative combinée à une composante sur route pour améliorer les connaissances générales sur la conduite automobile et les aptitudes à la conduite automobile.

Il est temps d'explorer les avantages d'un programme de sécurité au volant comportant de multiples facettes et axé sur les besoins des conducteurs âgés. À cette fin, notre équipe de recherche a récemment reçu un financement de l'IRSC /Candrive (Candrive, 2008) afin d'examiner, à l'aide d'une étude pilote, la possibilité d'offrir un programme de sécurité au volant à multiples facettes aux conducteurs âgés. Ce programme, désigné par l'acronyme Stay SHARP (See, Hear, Attend, Respond, Perform) comprend un entraînement centré sur le comportement, les habiletés physiques et visuo-spatiales et les connaissances associés à la conduite automobile.

Conclusion

Les nouvelles données probantes selon lesquelles une intervention peut permettre d'améliorer les connaissances et les comportements au volant sont très encourageantes. Compte tenu du nombre croissant de conducteurs âgés dans notre société, les ergothérapeutes sont dans une situation de choix pour élaborer une stratégie axée sur la promotion de la santé et la prévention pouvant être mise en œuvre dans l'ensemble de notre pays. Des données probantes montrent également que les ergothérapeutes pourraient grandement bénéficier d'une formation professionnelle sur la conduite automobile ayant pour but de rehausser leurs compétences professionnelles dans le domaine de la

À propos des auteurs – Nicol Korner-Bitensky,

PhD, OT(c), est professeure agrégée à l'École de physiothérapie et d'ergothérapie de la Faculté de médecine de l'Université McGill, à Montréal, au Canada. Madame Korner-Bitensky est chercheur au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal Métropolitain (CRIR) et directrice du Thème sur la réadaptation du Réseau canadien contre les maladies cardiovasculaires (RCCACV), un centre d'excellence financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Elle est membre de Candrive et elle a mené des recherches dans le domaine de la conduite automobile depuis plus de 20 ans. Elle a effectué ses études de doctorat en science de la réadaptation à l'Université McGill et détient une majeure en épidémiologie et en biostatistique de la John Hopkins University, à Baltimore, de même qu'un postdoctorat sur la prestation des services de santé de l'Université de Montréal. Madame Korner-Bitensky est l'auteur de plus de 100 articles dont plusieurs portent sur le dépistage des conducteurs à risque.

Ailene Kua, MSc, a effectué ses études supérieures en science de la réadaptation à l'École de physiothérapie et d'ergothérapie de la Faculté de médecine de l'Université McGill, à Montréal, au Canada. Elle a obtenu son baccalauréat en arts spécialisés, en kinésiologie et en sciences de la santé à la York University, à Toronto. Mme Kua a reçu une bourse d'études supérieures de Candrive. Ses études supérieures étaient centrées sur le perfectionnement des compétences au volant des conducteurs âgés.



promotion de la santé et de la prévention (Korner-Bitensky, Menon, von Zweck et Van Benthem, 2010). La formation du niveau des études supérieures dans le domaine de la réadaptation à la conduite automobile, comme celle qui est offerte à l'Université McGill à Montréal, au Québec, a pour but de préparer les ergothérapeutes à intervenir dans ces nouveaux champs d'intervention professionnels (www.autoeduc.ca).

Les ergothérapeutes doivent faire des revendications à de nombreux niveaux pour promouvoir l'introduction de programmes de perfectionnement des aptitudes à la conduite automobile pour les conducteurs âgés, car dans la structure actuelle des soins de santé, aucune intervention auprès des conducteurs n'est financée par les fonds publics. Les ergothérapeutes jouent parfois le rôle d'évaluateur des aptitudes à la conduite automobile, un rôle qui est très souvent perçu comme étant punitif. Toutefois, ils doivent aussi mettre en valeur cet autre rôle, soit celui de

créer et d'offrir des programmes de perfectionnement des compétences au volant, afin que les aînés soient enclins à consulter des ergothérapeutes lorsqu'ils désirent améliorer leurs compétences pour la conduite automobile.

Remerciements

Les travaux de Mme Nicol Korner-Bitensky sont soutenus grâce à une bourse de carrière pour chercheurs-boursiers cliniciens seniors attribuée par le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ).

Références

- Conseil canadien de la sécurité. *Seniors behind the wheel*. (2005). Téléchargé au <http://www.safetycouncil.org/news/sc/2000/Eng-1-00.pdf>.
- Korner-Bitensky, N., Menon, A., von Zweck, C., et Van Benthem, K. (2010). Occupational therapists' capacity building needs related to older driver screening, assessment and intervention. *American Journal of Occupational Therapy*, 64, 1-9.
- Korner-Bitensky, N., Kua, A., von Zweck, C., et Van Benthem, K. (2009). Older driver retraining: An updated systematic review of the evidence of effectiveness. *Journal of Safety Research* 40(2): 105-111.
- Kua, A., Korner-Bitensky, N., Desrosiers, J., Man-Son-Hing, M., et Marshall, S. (2007). Older driver retraining: A systematic review of evidence of effectiveness. *Journal of Safety Research*, 1, 81-90.
- The Canadian Driving Research Initiative for Vehicular Safety in the Elderly (Candrive) Reference Database. (2008). Téléchargé au http://www.candrive.ca/En/Research_Centre/database.asp.

Faciliter la conduite automobile en tant qu'occupation : une perspective de l'ergothérapie



Dianna Roberston

Comment mettre un modèle conceptuel de l'occupation en relation avec la pratique clinique quotidienne dans le domaine de la réadaptation à la conduite automobile?

Le rendement occupationnel optimal est atteint lorsque l'ergothérapeute examine tous les aspects associés à la personne, l'environnement et l'occupation, tel qu'exposé dans le modèle personne-environnement-occupation (Law, et al., 1996). Pour illustrer le modèle personne-environnement-occupation, examinons le cas de Henri...

Henry est une personne qui a subi un accident vasculaire cérébral (AVC) à l'hémisphère gauche, dont il s'est très bien rétabli. Il a repris bon nombre des occupations qu'il doit et désire réaliser et il aimerait recommencer à conduire sa voiture. Depuis son AVC, il continue de remarquer qu'il est souvent fatigué et qu'il a surtout de l'énergie le matin. Henri a une faiblesse modérée constante au bras droit, une légère faiblesse à la jambe droite et sa mémoire à court terme est légèrement déficiente. Henri vit dans une ville dont la population est d'environ 5 000 habitants. Il affirme que depuis cinq ans environ, il a cessé de conduire le soir et qu'il n'a pas conduit à l'extérieur de la région depuis de nombreuses années. Avant son AVC, Henri se rendait souvent en voiture le matin jusqu'au café du village, pour rencontrer ses amis. L'épouse de Henri a son permis de conduire et elle a pris la responsabilité de la conduite automobile depuis que Henri a subi son AVC. Avant son AVC, Henri était le principal conducteur lorsqu'ils se déplaçaient ensemble en voiture.

La conduite automobile en tant qu'occupation

Les ergothérapeutes reconnaissent l'importance d'avoir accès à la communauté et ils sont conscients que la conduite automobile est une occupation complexe, qui exige la coordination des habiletés sensorielles, cognitives et motrices (Charlton, Oxley, Fildes et Les, 2001). Un grand nombre de personnes considèrent la conduite automobile comme une question d'importance vitale (Katz et al., 1990). Les résultats de groupes de discussion effectués à l'University of Michigan avec des conducteurs âgés indiquent que « certaines personnes dans ces groupes affirmaient qu'elles préféreraient mourir plutôt que de renoncer à la conduite automobile » (Shope, 2004). La conduite automobile a également été ciblée comme une question d'importance vitale par un grand nombre de personnes ayant subi une lésion cérébrale (Katz et al., 1990).

Pour de nombreuses personnes comme Henri, la conduite automobile procure un accès à la communauté, où elles peuvent participer à des occupations quotidiennes comme faire l'épicerie, aller chez le coiffeur, assister à la messe ou aller prendre un café avec des amis. La conduite automobile est particulièrement importante lorsque l'on considère que de nombreux individus vivent dans des communautés où

il n'est pas possible de se rendre à la marche aux services communautaires et où les transports en commun sont limités ou inexistantes. Henri a ciblé la conduite automobile comme une occupation significative qu'il veut reprendre.

Faciliter la conduite automobile en tant qu'occupation

Comment l'ergothérapie peut-elle donner à Henri les moyens ou la possibilité de reprendre la conduite automobile au sein de sa communauté d'une manière

« Pour de nombreuses personnes comme Henri, la conduite automobile procure un accès à la communauté, où elles peuvent participer à des occupations quotidiennes comme faire l'épicerie, aller chez le coiffeur, assister à la messe ou aller prendre un café avec des amis. »

réaliste et pratique?

Selon la perspective de l'ergothérapie, l'habilitation ne s'applique pas aux procédés techniques, mais elle est plutôt associée à la façon dont nous aidons, écoutons et encourageons la personne (Rebeiro, 2001). Rebeiro fait référence à l'importance de concepts comme celui d'offrir un milieu favorable à la facilitation de l'occupation. Park, Fisher et Velozo (1994) préconisent que pour qu'un ergothérapeute évalue précisément les aptitudes opérationnelles requises pour effectuer les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), comme la conduite automobile, la personne doit être évaluée à son domicile ou dans son milieu communautaire et non pas en milieu clinique.

Henri veut recommencer à conduire, non pas parce qu'il en a besoin (puisque sa femme le conduit partout depuis un an), mais parce que cette occupation continue d'être importante pour lui. Henri est anxieux, car il doit se rendre à la clinique pour passer une évaluation.

L'approche axée sur l'habilitation permet d'orienter les questions des ergothérapeutes; par exemple, « Comment pouvons-nous aider Henri à conduire sa voiture? » Les stratégies qui seraient efficaces pour Henri et qui permettraient de réduire son anxiété seraient les suivantes : lui offrir un environnement sécurisant et positif, prendre le temps de

À propos de l'auteur –

Dianna Robertson, BScOT, MScOT (maîtrise postprofessionnelle), a débuté le programme de maîtrise postprofessionnelle en ergothérapie à la Dalhousie University après avoir travaillé pendant plus de dix ans à titre de clinicienne en ergothérapie dans le domaine de la réadaptation à la conduite automobile. Dianna est ergothérapeute et spécialiste certifiée en réadaptation à la conduite automobile (CDRS) et elle dirige l'entreprise Functional Independence Therapy (FIT) Consultants à Vancouver, en Colombie-Britannique. On peut la joindre à fit.consultants@hotmail.com.

discuter de ses préoccupations et objectifs occupationnels, lui permettre de prendre des pauses et surveiller son degré d'anxiété. Cette approche fait contraste à l'approche experte et directive (Townsend et Wilcock, 2005) qui pourrait commencer par la question suivante : « Comment pouvons-nous sortir Henri de la route? »

Atteindre le rendement occupationnel optimal en matière de conduite automobile

L'ergothérapeute reconnaît que les problèmes occupationnels (comme ceux de Henri) ne sont pas toujours le résultat d'un problème intrinsèque de l'individu (Stadynk, 2004) et qu'ils peuvent être liés à des facteurs associés à l'environnement et à l'occupation en elle-même. Les facteurs liés à l'environnement sont, notamment la circulation, la conduite sur les autoroutes par opposition

« Les ergothérapeutes doivent continuer d'assumer un rôle de leadership dans le domaine de la réadaptation à la conduite automobile, de revendiquer des programmes de réadaptation à la conduite automobile pour les consommateurs et de mettre de l'avant l'accent mis sur l'occupation et l'habilitation, dans le domaine de la réadaptation à la conduite automobile. »

à la conduite en ville ou en région rurale, la conduite de jour par opposition à la conduite de soir ou de nuit, les conditions routières et la présence et les actions des autres usagers de la route. Par ailleurs, la conduite automobile est aussi influencée par des facteurs comme l'endroit où la personne a appris à conduire, l'usage d'adaptations et les règlements de la circulation. Les facteurs liés à la personne peuvent être la fatigue, la perception visuelle, les problèmes en matière de rendement physique et cognitif, les habitudes et l'expérience au volant, l'anxiété face aux tests et d'autres facteurs émotionnels.

En travaillant avec Henri et en mettant l'accent sur l'habilitation de la conduite automobile, l'ergothérapeute tenterait :

- de découvrir les objectifs de Henri en matière de conduite automobile;
- d'effectuer une évaluation personnalisée;

- d'évaluer Henri dans sa propre ville, c'est-à-dire dans un endroit familial;
- d'évaluer Henri à l'aide de son propre véhicule;
- de donner à Henri la possibilité de s'exercer afin de se familiariser de nouveau avec la conduite automobile, puisqu'il n'a pas effectué cette occupation depuis un an;
- de lui donner du soutien;
- de veiller à planifier l'évaluation le matin;
- d'envisager l'utilisation d'aides techniques (comme une boule au volant, pour pallier les problèmes de Henri au membre supérieur droit);
- d'envisager la recommandation de restrictions adéquates (conduire le jour seulement; proximité géographique);
- de discuter des habiletés et des limites de Henri avec le couple, de manière collaborative et, dans l'éventualité où il ne serait pas possible pour Henri de reprendre la conduite automobile :
- d'explorer d'autres occupations pour Henri et son épouse.

Conclusion

Les ergothérapeutes doivent continuer d'assumer un rôle de leadership dans le domaine de la réadaptation à la conduite automobile, de revendiquer des programmes de réadaptation à la conduite automobile pour les consommateurs et de mettre de l'avant l'accent mis sur l'occupation et l'habilitation, dans le domaine de la réadaptation à la conduite automobile. Dans le contexte actuel des lois sur les droits de la personne et des politiques gouvernementales qui sont centrées sur le fonctionnement et l'évaluation individuelle, il s'agit d'un objectif accessible. L'accent mis en ergothérapie sur l'interaction entre la personne, l'environnement et l'occupation permet à la profession de se distinguer des autres disciplines et d'oeuvrer en toute compétence dans le domaine de la réadaptation à la conduite automobile.

Références

- Association canadienne des ergothérapeutes (1997). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Charlton, C., Oxley, J., Fildes, B., et Les, M. (2001). *Self regulatory behavior of older drivers*. Proceedings of the 2001 Road Safety Research, Policing and Education Conference, Monash University Accident Research Center. Téléchargé au http://www.monashedu.au/cmo/roadsafety/abstracts_and_papers/100/CHARLTON_revised.pdf
- Katz, R. T., Golden, R. S., Butter, J., Tepper, D., Rothke, S., Holmes, J., et Sahgal, V. (1990). Driving safety after brain damage: follow-up of twenty-two patients with matched controls. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 71(2), p. 133-137.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., et Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Revue canadienne d'ergothérapie*. 63, p.9-23.
- Park, S., Fisher, A., et Veloza, C. (1994). Using the Assessment of Motor and Process Skills to Compare Performance Between Clinic and Home Settings. *The American Journal of Occupational Therapy*. 48(8), p. 697-707.
- Rebeiro, K. (2001). Enabling occupation: The importance of an affirming environment. *Revue canadienne d'ergothérapie*,



68(2), p.80-89.

Shope, J., dans A. Abell (2004). Keys to Independence. *AAA World*, November/ December 2004, p. 30-41.

Stadyk, R. (2004). Course Notes: Occu 5010: Advanced Studies in Enabling Occupation, Fall Semester 2004, Dalhousie University.

Townsend, E. (2003). Reflections on power and justice in enabling occupation. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 70(2), p.74-87.

Townsend, E. et Landry, J. (2005). Interventions in a societal context: Enabling participation. Dans C.H. Christiansen, C. M. Baum, et J. Bass-Haugen (Édit.), *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being (3rd ed)*. Thorofare, NJ: Slack Inc.

Townsend, E. (2006). Notes de cours: Occu 5050: Public Dialogue on Occupation and Enablement, session du printemps 2006, Dalhousie University.



The Power of
Occupation:
**Global Virtual
Exchange**
October 27,
2010
OT Wikiflash:
October 25-29

Come learn with & from your colleagues around the world

Celebrate World Occupational Therapy Day by attending the first-ever global virtual occupational therapy **Exchange** - a way for occupational therapists and those interested in the power of occupation to share what they are doing and thinking.

Join us for 24 hours of inspiring sessions with clinicians, researchers, students, professional association leaders, policy-makers & consumers/service-users, all talking about the power of occupation.

And it's **FREE!**

*What do you need to participate in the **Exchange**? A computer with Internet connection, speakers and ideally a microphone will let you hear/talk with the presenters. Sessions will be archived. Join us before and after the **Exchange** for **OT Wikiflash**.*



Starts: 0200 GMT October 27

Information about OT Exchange & OT Wikiflash:
OT 4 OT Group on Facebook
ot4ot@gmail.com
<http://www.otwikiflash.net>

Organizers:
M. Penman, S. Bodell, W. Wade
and OT 4 OT Working Group

Sponsored by:

Otago Polytechnic, New Zealand





Points de vue : L'expérience et le processus associés à l'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile et au renoncement à la conduite automobile

Judy Cramm, Frank Cramm et Michelle Osmond

Les trois extraits suivants décrivent l'expérience et le processus associés à l'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile et au renoncement à la conduite automobile selon trois perspectives différentes : 1. Une épouse dont le mari est atteint d'une maladie chronique qui le rend inapte à conduire sa voiture; 2. Le conducteur atteint d'une maladie chronique vivant la perte de diverses manières; et 3. L'ergothérapeute chargée d'effectuer l'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile. Ces trois personnes ont accepté de décrire leur expérience. Nous n'avons effectué que des corrections mineures, afin de respecter les règles de grammaire et de ponctuation; voici ce que ces personnes avaient à raconter :

Le point de vue de l'épouse

Judy Cramm

Je suis mariée depuis 48 ans avec mon mari, qui est atteint de sclérose en plaques progressive depuis plus de 25 ans. La maladie s'est manifestée d'abord par une période de trébuchement et de chutes, puis, aujourd'hui, mon mari se déplace en fauteuil roulant motorisé et il est habituellement confortable lorsque le dossier de son fauteuil est incliné vers l'arrière.

Pour ma part, je garde un souvenir assez positif du processus ergothérapeutique utilisé pour l'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile de mon mari, mais je me souviens que cette période a été très stressante pour lui. Il avait très peur d'échouer l'évaluation et des conséquences que cela aurait pour nous deux. J'ai tenté de dissiper ses craintes et d'être positive, mais, j'avais tout de même à l'esprit cette grande peur de ce qui se passerait s'il ne réussissait pas cette évaluation. Heureusement, tout s'est bien passé et, avec l'aide de l'ergothérapeute, nous avons commandé des adaptations particulières pour notre Volkswagen.

Mon mari s'est plu à conduire pendant un moment, mais il avait de plus en plus de difficulté à effectuer certains mouvements. Par exemple, monter et descendre de la voiture, faire des transferts d'un fauteuil ou d'une chaise à l'autre ou au lit, etc. Il a commencé aussi à avoir de la douleur au dos lorsqu'il tentait de monter et de descendre de la voiture du côté du conducteur et lorsqu'il essayait de placer ses jambes sous les commandes de la voiture. Sa visite annuelle chez le neurologue était prévue peu après le moment où il a commencé à avoir de la douleur. Pendant l'examen, le neurologue a fait une évaluation complète et lui a demandé s'il avait de la difficulté à conduire. Mon mari lui a alors parlé de sa douleur et de sa difficulté à monter et à descendre de la voiture et à s'asseoir correctement sous les commandes. Le médecin m'a alors demandé si j'avais des préoccupations. J'ai d'abord hésité, puis j'ai mentionné que j'étais nerveuse parfois dans la voiture, car mon mari avait fait quelques erreurs de conduite (par exemple, en dérivant à quelques occasions d'une voie à l'autre) et j'avais peur que d'autres personnes soient blessées. Je savais aussi qu'il

éprouvait de la douleur en conduisant.

Le médecin a alors suggéré qu'un ergothérapeute fasse une évaluation de suivi de l'aptitude à la conduite automobile de mon mari. Cette suggestion ne réjouissait pas mon mari, mais il a tout de même accepté. J'étais soulagée d'avoir exprimé mes sentiments!

L'évaluation en ergothérapie a rapidement été organisée, mais mon mari avait le sentiment qu'il ne serait pas capable de passer l'évaluation dans le véhicule de la clinique et il a demandé s'il était possible que l'ergothérapeute monte avec lui dans la Volkswagen pour effectuer le test sur route. La question a été prise en considération et discutée, mais je me souviens que cela n'était pas possible pour des questions légales.

Éventuellement, en raison d'une lente détérioration de ses mouvements, de sa douleur et de sa difficulté à effectuer ses transferts pour monter et descendre du siège du conducteur, mon mari a décidé de cesser de conduire. Cette décision a été très douloureuse pour nous. La perte du permis de conduire est un processus douloureux, car lorsque l'on remplit les documents requis pour obtenir un permis, on croit qu'on pourra le conserver toute sa vie. Grâce à une porte très large, à un siège muni d'un mécanisme à cliquet et à des poignées placées à des endroits stratégiques pour l'aider à monter dans la voiture du côté du passager de la façon la plus simple possible, mon mari pouvait toujours prendre place du côté du passager avec un peu d'aide, ce qui nous permettait de faire toutes nos sorties, alors que je conduisais la voiture. Mon mari a continué d'apprécier le fait d'être dans la voiture, jusqu'à ce qu'il commence à devoir se servir d'un fauteuil roulant motorisé muni de caractéristiques particulières, soient un siège inclinable, rétractable et à bascule.

À présent, mon mari est un grand usager de notre système de transport City Wheelway. La route a été longue et difficile pour nous deux. Malgré ses limites physiques, mon mari est très alerte, dynamique, curieux et productif. Il est également membre du conseil de notre association locale pour les paraplégiques et de la Wessex Historical Society [Terre-Neuve].

Je dois exprimer ma gratitude envers tous les ergothérapeutes qui nous ont guidés et soutenus tout au long de ce long périple.

Le point de vue du conducteur

Frank Cramm

Les premiers symptômes de la sclérose en plaques sont apparus en 1986. Après plusieurs consultations à Montréal et à Londres en Angleterre, on a établi que j'étais probablement atteint de sclérose en plaques progressive secondaire. Malheureusement, ce type de sclérose en plaques est très difficile à vivre au plan psychologique, car, on se voit subir des pertes progressivement; parfois, les changements sont minimes, toutefois, on ne veut pas infliger un fardeau à nos proches en leur donnant à chaque fois de nouvelles raisons de s'inquiéter.

Lorsque ma progression vers le bas a commencé, j'ai commencé à me déplacer à l'aide d'une canne, puis de deux cannes, d'un déambulateur (marchette), d'un fauteuil roulant manuel et enfin, d'un fauteuil roulant motorisé. En 1996, nous avons emménagé dans une maison adaptée et accessible et, peu après, j'ai essayé de tondre la pelouse. Mon épouse m'a observé un moment, puis elle m'a parlé; j'ai fermé le moteur et j'ai alors compris qu'il y avait certaines choses que je ne pourrais plus jamais faire.

Je venais tout juste de prendre ma retraite et mon plus grand plaisir était d'aller faire une ballade en voiture l'après-midi en ville ou ailleurs et d'observer les mouvements incessants de l'océan. Un jour, alors que j'étais assis sur le rivage, je me suis rendu compte que bientôt, je ne pourrais plus faire ces escapades.

Lors de mon rendez-vous avec l'ergothérapeute du Miller Centre, nous avons commencé à discuter de la conduite automobile. L'ergothérapeute m'a dit qu'elle pourrait vérifier si des dispositifs pour le volant et la colonne de direction me conviendraient, mais qu'elle devait d'abord me faire passer un test écrit et un autre test pour déterminer si ma vision et mes réflexes me permettaient de conduire en toute sécurité. J'y suis retourné une semaine plus tard pour passer le test écrit et l'ergothérapeute m'a dit qu'elle me testerait sur le simulateur de conduite automobile. J'ai trouvé ces tests très stressants, car il était impossible de s'y préparer à l'avance. Il fallait s'asseoir à cette machine et se promener dans des rues virtuelles à sens unique, éviter les voitures qui changeaient de voie ou les enfants qui surgissaient en courant d'une entrée. J'étais assis là, en me demandant ce qui s'en venait et combien de temps ce test durerait.

J'avais réussi à franchir ces deux obstacles et j'ai dû ensuite affronter l'une des tâches les plus difficiles de ma vie – être assis dans une voiture étrangère avec une personne que vous n'avez jamais rencontrée de votre vie; il y avait un bouton sur la colonne de direction avec lequel j'étais supposé accélérer et freiner. Sans plus attendre, nous avons roulé dans les rues de la ville et après un moment, nous sommes revenus au Miller Centre et on m'a dit que j'avais réussi le test. Vous ne pouvez pas savoir à quel point j'étais soulagé. Je suis revenu à la maison et j'ai communiqué avec le concessionnaire Volkswagen afin qu'il subventionne l'aide technique pour le volant qui convenait à ma voiture. J'ai conduit ma voiture pendant plusieurs années et finalement, j'ai dû renoncer, non pas parce que je ne pouvais plus conduire, mais parce que le fait de monter et de descendre de la voiture m'occasionnait trop de douleur.

Le point de vue de l'ergothérapeute

Michelle Osmond

*Remarque de l'éditrice : Le processus décrit ici est prévu pour un établissement situé à Terre-Neuve. Le processus d'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile varie d'une province et d'un établissement à l'autre.

Demandes de consultation

Nous recevons des demandes de consultation principalement des médecins, mais aussi d'autres professionnels de la santé. À la suite d'une demande de consultation, nous envoyons une lettre explicative au client afin de lui dire en

quoi consiste l'évaluation, l'endroit où il doit se rendre, ce qu'il faut apporter, de même que les coordonnées du service d'ergothérapie et de l'ergothérapeute.

Dépistage préliminaire

Pour le client, le fait que son aptitude à la conduite automobile soit remise en question peut entraîner de l'anxiété; voilà pourquoi je téléphone à chaque personne en guise de dépistage préliminaire et complémentaire à la lettre explicative; j'essaie alors de déterminer la capacité d'introspection du client et sa capacité de comprendre ses difficultés en matière de conduite automobile et ses problèmes médicaux. Il arrive parfois que la réaction du client face à la demande de consultation permette d'orienter l'évaluation. L'information sur le degré d'anxiété, la capacité d'adaptation et les préoccupations en matière de conduite automobile permet de déterminer la meilleure approche à adopter. J'explique au client que le but de l'évaluation est de l'aider à conserver son aptitude à conduire en toute autonomie et en toute sécurité. Si le client hésite à se soumettre à l'évaluation, je lui présente d'autres options, en particulier si le client semble envisager de cesser de conduire. Je demande parfois au client de remplir une autoévaluation de son aptitude à la conduite automobile et je fais ensuite un suivi par téléphone. J'ai le sentiment que cette approche donne au conducteur la possibilité de cesser de conduire en toute dignité, par lui-même, ce qui facilite grandement la transition. Souvent, je prévois le rendez-vous pour l'évaluation pendant le dépistage préliminaire, en particulier pour les personnes qui conduisent toujours. Dans certains cas, le client peut souhaiter retarder l'évaluation, afin de se rétablir complètement ou de subir le test lorsque les conditions météorologiques sont plus favorables.

L'évaluation clinique

Étape préliminaire : Les clients ont habituellement des appréhensions face à l'évaluation. L'évaluation commence toujours par une autre explication, soit, les raisons pour lesquelles j'utilise plusieurs tests différents pour évaluer les éléments de la conduite automobile et « les compétences que nous utilisons de manière inconsciente ». J'explique ensuite l'épreuve sur route et les raisons pour lesquelles nous utilisons notre propre véhicule, le fait que le client a un choix de trajets et qu'il aura du temps pour se familiariser avec l'automobile. J'explique aussi le processus qui consiste à transmettre les résultats de l'évaluation sous forme de rapports. J'ai constaté qu'en suivant ces étapes, il était possible d'éliminer une partie des appréhensions du client. J'obtiens ensuite le consentement du client à participer à l'évaluation et à transmettre les résultats à la Motor Registration Division, (MRD).

Évaluation clinique : Je rassemble l'histoire médicale, sociale et en matière de conduite automobile et le rapport d'autoévaluation de la conduite automobile du client. L'étape suivante est le dépistage de la vision et l'évaluation

À propos de l'auteure –

Michelle Osmond, BSc(OT), est ergothérapeute senior et spécialiste en réadaptation à la conduite automobile au programme de réadaptation du L.A. Miller Centre Eastern Health, à St. John's, Terre-Neuve et Labrador.

des fonctions cognitives, de perception et des capacités physiques. Les études ont démontré que plusieurs des tests que j'utilise permettent de prédire les risques d'accident. Certains clients remettent en question les tâches écrites. Je leur explique ce que le test mesure, son lien avec la conduite automobile et les raisons pour lesquelles nous faisons ces tests dans un milieu sécuritaire, afin d'éliminer tout facteur de stress et les risques associés au fait de se trouver sur la route. Parfois, un client dira que ce genre d'évaluation n'est pas pertinente; il s'agit souvent d'un mécanisme de défense du client, en particulier s'il a des problèmes. Cette attitude peut aussi indiquer de la frustration, de la colère ou un problème de jugement.

L'épreuve sur route : Nous utilisons un véhicule muni de deux systèmes de freinage indépendants (pour la sécurité de tous) et nous faisons appel à un moniteur de conduite automobile d'une école de conduite (ayant la couverture d'assurance requise). Je fais un compte rendu des difficultés du conducteur au moniteur. Nous présentons le véhicule au client (miroirs, position du siège, commandes) et nous aidons le client à choisir des trajets qui sont familiers, mais qui comportent certaines difficultés. Nous débutons toujours dans un quartier résidentiel tranquille, ce qui donne au client la possibilité de s'habituer à la voiture et à l'équipement (au besoin). L'évaluation se poursuit par une conduite plus complexe comportant des éléments de distraction et des piétons et, éventuellement par un trajet sur des autoroutes. J'initie délibérément la conversation (sur des sujets légers) afin de détendre l'atmosphère et d'évaluer si la personne est facilement distraite. Au besoin, nous faisons des commentaires correctifs face aux mauvaises habitudes au volant (p. ex., si la personne ne s'immobilise pas aux arrêts, si elle ne cède pas le passage, etc). La réceptivité aux commentaires et la capacité de corriger les erreurs sont des composantes importantes de l'épreuve sur route. Lorsque l'épreuve sur route est terminée, je demande au client comment il se sent par rapport à l'épreuve, s'il a eu l'impression que sa façon de conduire était semblable à sa façon habituelle de conduire et s'il a eu des problèmes. Je demande ensuite au client d'aller rejoindre dans le couloir le membre de sa famille qui l'a accompagné. Pendant ce temps, le moniteur et moi discutons du rendement du conducteur, des aspects problématiques, des possibilités de correction, du besoin d'entraînement additionnel pour utiliser l'équipement, des restrictions requises ou de l'éventualité d'une suspension du permis.

Transmission des résultats :

J'exerce depuis 15 ans dans le domaine de l'évaluation de la conduite automobile et il est toujours aussi difficile pour moi d'annoncer de mauvaises nouvelles à une personne face à son rendement à la conduite automobile; je considère qu'il s'agit de l'aspect le plus ardu de mon travail. Je commence par donner les résultats généraux des évaluations cliniques et sur route. Je précise les points forts, puis je parle des problèmes de conduite. Je fais des liens entre les changements survenus dans les fonctions physiques et cognitives et les erreurs précises de conduite. Par exemple, je pourrais dire « l'accident vasculaire cérébral a ralenti la capacité de votre cerveau de traiter l'information, ce qui fait

que vous avez appuyé trop tard sur le frein ». J'aide le client à faire un lien entre ses problèmes de conduite automobile et sa sécurité personnelle et la sécurité des autres. C'est alors que je demande à la famille de s'exprimer. Parfois, cela donne à la famille l'occasion d'exprimer ses inquiétudes et ses craintes. Je crois qu'il est essentiel de favoriser et de faciliter le rôle de soutien de la famille.

Le degré d'acceptation des problèmes de conduite automobile est très personnel. Certaines personnes voient leurs craintes se confirmer, alors que d'autres refusent d'admettre et d'accepter les résultats des tests. Certains clients argumentent qu'il s'agissait d'un véhicule non familier et que cela constitue la source de leurs problèmes. Je leur demande alors de penser à tous les véhicules qu'ils ont conduits au cours de leur vie et de se poser la question suivante, c'est-à-dire, « est-ce que les compétences requises étaient semblables d'un véhicule à l'autre? ». Ils peuvent alors répliquer qu'ils n'ont pas eu de collisions et que cette perte d'autonomie les « tuera ». Je leur fais alors remarquer que selon les résultats de l'évaluation, il ne s'agit de savoir s'ils ont eu une collision, mais de savoir quand ils en auront ou en causeront. Habituellement, vers la fin de la discussion, le conducteur amorce son processus d'acceptation. Je donne de l'information au client et à sa famille pour les aider à réagir aux réactions et émotions de la personne, pendant qu'elle vit sa transition vers le renoncement à la conduite automobile. Je leur parle des signes précurseurs de la dépression et je leur offre souvent du soutien sous forme de suivi, avec le travailleur social ou le médecin de famille. Nous discutons des solutions de rechange à la conduite automobile dans leur communauté. Ensuite, je leur explique ce qui se passera par la suite (l'envoi des rapports, le processus de suspension du permis de conduire de la MRD) et je leur laisse mes coordonnées, au cas où ils souhaiteraient en discuter davantage.

Les nouvelles ne sont pas toujours mauvaises. Il est important de se rendre compte que dans la plupart des cas, le client pourra continuer à conduire. Si de l'équipement adapté est requis, il faut alors que le conducteur suive un entraînement additionnel pour veiller à ce qu'il puisse conduire en toute sécurité. Je préfère qu'un membre de la famille soit présent lors de la discussion avec le client, en particulier si les recommandations sont accompagnées de restrictions. La présence de cette personne permet de donner du soutien au client et cette personne peut renforcer les restrictions en matière de conduite automobile ou s'assurer que le client suivra un cours de recyclage ou un autre type d'entraînement à la conduite automobile. Dans ces situations, les risques peuvent être réduits pour le client s'il évite les heures où la circulation est très dense et de conduire sur les autoroutes. Il peut être indiqué de recommander une réévaluation après une certaine période de temps et il est important que le client comprenne qu'il peut s'agir d'une étape vers la cessation de la conduite automobile et qu'il est temps de commencer à planifier cette transition. En travaillant avec le client et sa famille, nous veillons à ce que le plan en matière de mobilité fonctionne pour tout le monde.

À la suite de l'évaluation et de la discussion, les résultats et les recommandations sont envoyés à la MRD. Un rapport est également envoyé à l'intervenant ayant fait la demande de consultation, au médecin de famille et au dossier médical.

Aider les conducteurs âgés

Janet Craik, directrice de la pratique professionnelle de l'ACE et Claudia von Zweck, directrice générale de l'ACE

En février 2009, l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) lançait le *Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés* (Plan d'action). Le Plan d'action a pour but d'aider les conducteurs âgés à conserver leur aptitude à conduire une automobile en toute sécurité, le plus longtemps possible.



Plan d'action

Le Plan d'action, financé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), a été élaboré en collaboration avec un comité consultatif national composé de 21 membres, dont des représentants des consommateurs, des chercheurs, des éducateurs, des cliniciens, d'organismes d'application de la loi et du gouvernement. Le Plan d'action est un outil qui sera utilisé par de nombreux intervenants pour éclairer et influencer la politique, la pratique, l'enseignement et la recherche sur la sécurité des conducteurs âgés.

Ressources pour aider les conducteurs âgés

L'ACE a reçu des fonds additionnels de l'ASPC afin de travailler sur les orientations des actions exposées dans le Plan d'action. En février 2010, l'ACE a lancé une série de dépliants d'information ainsi qu'un site web axés sur la promotion de la sécurité au volant des conducteurs



âgés. Ces dépliants mettent l'accent sur les effets du vieillissement normal et de certains problèmes de santé sur la conduite automobile.

Le contenu, qui s'adresse aux conducteurs âgés et à leur famille, vise à aider les personnes âgées à conserver leur aptitude à conduire en toute sécurité le plus longtemps possible et, lorsque le temps est venu, à les préparer à renoncer à la conduite automobile.

Le site web offre aux ergothérapeutes, aux autres professionnels de la santé, aux conducteurs âgés et à leur famille de l'information courante sur le dépistage, l'évaluation et la réadaptation des conducteurs à risque.



Messages clés

- L'âge seul ne permet pas de déterminer si une personne âgée est un conducteur prudent.
- Il est possible de rehausser la sécurité des conducteurs âgés en offrant
 - de l'éducation et de l'information;
 - différentes options proposées par la technologie automobile;
 - des cours de perfectionnement ou de recyclage en conduite automobile;
 - une évaluation et des interventions au conducteur;
 - des options en matière de transport dans la communauté.
- Les ergothérapeutes peuvent évaluer l'aptitude à la conduite automobile d'une personne, concevoir des programmes pour améliorer la sécurité au volant et participer à l'élaboration de programmes de renoncement à la conduite automobile.

Information

Pour en savoir davantage sur la façon de télécharger ou de commander les dépliants ou l'information sur les habitudes sécuritaires au volant, prière de visiter le www.securitedesconducteursages.ca.

Adaptations et équipement pour le véhicule : Le rôle de la National Mobility Equipment Dealer's Association (NMEDA)

Veiller à ce qu'un véhicule réponde aux besoins spécialisés des conducteurs et des passagers ayant des handicaps peut représenter un défi de taille. Heureusement, la National Mobility Equipment Dealers' Association (NMEDA) peut nous faciliter la tâche. En effet, le programme d'assurance de la qualité de la NMEDA est un programme d'accréditation reconnu pour les fournisseurs spécialisés dans la modification et l'adaptation de véhicules et les fabricants d'équipement adapté pour la conduite automobile. Le programme d'assurance de la qualité a été mis sur pied afin de promouvoir la qualité, la sécurité et la fiabilité au sein de cette industrie en plein essor. En effet, les détaillants accrédités par le programme d'assurance de la qualité de la NMEDA sont soumis à une vérification annuelle afin de veiller à ce que les installations d'équipement dans les véhicules soient strictement conformes aux directives en matière de contrôle de la qualité et à ce que les techniciens soient formés en conséquence.

Comment les ergothérapeutes et les détaillants de la NMEDA travaillent-ils ensemble? Prenons l'exemple d'un client qui désire recommencer à conduire, mais qui est paralysé à partir de la taille, vers le bas. Une ergothérapeute travaillant dans le domaine de la réadaptation à la conduite automobile évaluerait d'abord si le client peut conduire en toute sécurité, puis, en se basant sur son évaluation, elle déterminerait l'équipement requis pour faire fonctionner le véhicule en toute sécurité. Dans ce cas,

des commandes manuelles (figure 1) seraient probablement recommandées. Ensuite, l'ergothérapeute ferait appel aux services d'un fournisseur spécialisé dans la modification et l'adaptation de véhicules. Les fournisseurs spécialisés dans la modification et l'adaptation de véhicules qui sont accrédités par la NMEDA travaillent avec l'ergothérapeute et le client (ou sa famille), en vue de déterminer quel équipement ou véhicule correspond le mieux à ses besoins, tout en tenant compte des aspects financiers. Une fois que l'équipement a été ciblé, le client, dans ce cas, suivrait un entraînement à la conduite du véhicule modifié et adapté. Il devrait ensuite « réussir » une épreuve sur route, selon les normes et exigences relatives à l'obtention du permis de conduire dans sa province ou son territoire. En général, le permis de conduire du client mentionne toute disposition spéciale, comme de l'équipement adapté (c'est-à-dire, des commandes manuelles), mais cela dépend des exigences en matière de délivrance du permis de conduire de la province dans laquelle le client conduit.

David Hutchison, président de NMEDA Canada et directeur des opérations chez Sparrow Hawk Industries (une division de Shoppers Home Healthcare), a décrit cette relation avec les ergothérapeutes comme « un pont essentiel entre ce qu'il faut faire pour le client et comment ceci peut être réalisé dans un véhicule ».

En unissant nos efforts, les clients sont davantage susceptibles de recevoir un véhicule modifié qui conviendra parfaitement à leurs besoins.



Figure 1. Des commandes manuelles mécaniques permettent à une personne d'actionner la pédale d'accélération et la pédale de frein sans l'aide de ses jambes et ce, dans presque tous les véhicules. Les commandes manuelles sont généralement combinées à une poignée de volant (boule au volant) qui offre une meilleure préhension pendant les virages à vitesse réduite.



Figure 2. Un siège et une base adaptés peuvent être ajoutés à certains véhicules pour permettre au passager de faire un transfert par glissement ou en faisant un pivot en station debout. Un appareil de levage peut être installé pour soulever un triporteur ou un fauteuil roulant.



Figure 3. Des appareils de levage des aides à la mobilité peuvent être installés dans différents véhicules. Les véhicules et les appareils de levage doivent être adaptés aux dimensions des aides à la mobilité.



Figure 4. Une mini-fourgonnette dont le plancher a été abaissé permet d'augmenter l'ouverture de la porte et la hauteur de l'intérieur de la mini-fourgonnette; ainsi, les occupants en fauteuil roulant peuvent entrer plus facilement dans le véhicule et être assis confortablement dans leur fauteuil roulant.



Figure 5. La conversion d'une camionnette permet de transporter une aide à la mobilité dans la boîte de la camionnette et de faire le transfert du fauteuil roulant à l'aide d'un dispositif d'appoint pivotant ou d'un appareil de levage.



Conduire le domaine vers l'avant : L'ergothérapie et l'Association of Driver Rehabilitation Specialists

Margaret Young

L'acronyme ADED représentait auparavant l'abréviation de l'Association of Driver Educators for the Disabled (ADED). Bien que le nom de l'organisme ait changé depuis, l'acronyme et surtout l'accent mis sur la réadaptation à la conduite automobile sont toujours les mêmes (www.driver-ed.org).

L'ADED ou l'Association of Driver Rehabilitation Specialists, a été officiellement fondée en 1977, lorsque le besoin de communication entre les ergothérapeutes et les moniteurs de conduite automobile est devenu primordial. Depuis, le nombre de membres provenant de différentes professions et régions a augmenté. La majorité des membres sont des ergothérapeutes, mais on trouve également des moniteurs de conduite automobile, des fabricants d'équipement pour la conduite automobile et des fournisseurs spécialisés dans la modification et l'adaptation de véhicules. On trouve de nombreux membres au Canada, bien que la plupart habitent aux États-Unis. Par ailleurs, un organisme semblable a également été mis sur pied en Europe.

À propos de l'auteure
– Margaret Young, est membre fondateur de l'ADED, ergothérapeute à la retraite, spécialiste certifiée en réadaptation à la conduite automobile (Certified Driving Rehabilitation Specialist (CDRS) et membre à vie de l'ADED.

Bien que l'ADED offre un examen de certification qui évalue un ensemble de connaissances bien définies qui représentent la pratique professionnelle dans ce champ d'activité, seules les personnes qui répondent aux exigences spécifiques de l'ADED sont admissibles à l'examen. Par exemple, il faut posséder de l'expérience dans

l'évaluation des conducteurs handicapés. Les personnes qui réussissent l'examen peuvent porter le titre de spécialiste en réadaptation à la conduite automobile (Driver Rehabilitation Specialist (CDRS)). Afin de conserver ce titre, le titulaire doit soumettre la preuve qu'il participe à une unité de formation continue à tous les trois ans. L'examen est offert dans le cadre du congrès annuel de l'ADED, qui se tient habituellement au mois d'août, aux

États-Unis. Malheureusement, l'examen n'est pas offert en français. Depuis la création de l'ADED, des ergothérapeutes canadiens ayant de l'expertise en réadaptation à la conduite automobile ont veillé à ce que l'examen soit conforme aux lois et aux pratiques canadiennes.

Toutefois, il n'est pas nécessaire de détenir une certification CDRS pour devenir membre de l'ADED. Par exemple, on trouve en Ontario un chapitre actif de l'ADED qui organise des réunions semestrielles à l'intention des professionnels s'intéressant à la réadaptation à la conduite automobile. Les fournisseurs spécialisés dans la modification et l'adaptation de véhicules et les fabricants d'équipement adapté pour la conduite automobile ont également un organisme appartenant au même groupe, soit la NMEDA (National Mobility Equipment Dealers Association), dont les membres assistent également aux réunions de l'ADED. Ce genre de réunion offre une tribune où les professionnels participant à l'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile peuvent partager leurs expériences, apprendre les uns des autres et résoudre ensemble des problèmes. En outre, un congrès sur la réadaptation à la conduite automobile est présenté au Canada à tous les deux ou trois ans. Ce congrès est une occasion unique d'avoir une perspective nationale sur les enjeux associés au transport et à la mobilité des personnes ayant des handicaps dans notre pays. Par ailleurs, les membres de l'ADED font souvent des présentations à des congrès provinciaux, nationaux et internationaux, car ils sont considérés comme des « experts » ayant des connaissances spécialisées.

Avec le vieillissement de la population et l'augmentation prévue du nombre de conducteurs ayant des problèmes médicaux sur les routes canadiennes, des organismes comme l'ADED seront extrêmement importants pour offrir une tribune aux ergothérapeutes qui souhaitent acquérir les compétences requises pour faire figure de chefs de file dans le domaine de la réadaptation à la conduite automobile.



Réadaptation à la conduite automobile : Foire aux questions

Lynn Hunt

En quoi consiste une évaluation de l'aptitude à la conduite automobile?

L'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile comporte deux parties. La première partie est une évaluation clinique qui est effectuée par un ergothérapeute et qui dure environ deux heures. Cette évaluation permet de déterminer les compétences et les déficiences du client. Des tests écrits, des tests informatisés et des simulateurs sont alors utilisés.

La deuxième partie est le test sur route qui est effectué à l'aide d'un véhicule ayant un système de freinage additionnel et de tout autre équipement adapté pour la conduite automobile jugé nécessaire. Un moniteur de conduite automobile, qui est à l'emploi du programme ou qui offre ses services à contrat, effectue l'évaluation en compagnie de l'ergothérapeute. L'évaluation sur route est réalisée le jour, pendant les heures de circulation modérée et sur l'autoroute; il faut environ une heure pour faire cette évaluation.

La plupart des clients font l'épreuve sur route, car il s'agit du test fonctionnel utilisé pour déterminer si un client est apte ou inapte à conduire en toute sécurité. Si le client est inapte à conduire en toute sécurité, l'évaluation clinique est revue, afin de déterminer si le client pourrait bénéficier ou non de cours de conduite. Les cours ne sont recommandés que si le client démontre des capacités d'introspection face à ses erreurs et aux conséquences de ces erreurs.

Qui sont les personnes qui devraient se soumettre à une évaluation de l'aptitude à la conduite automobile?

Toute personne ayant un problème physique, cognitif ou de perception ou un trouble de comportement pouvant affecter sa capacité de conduire doit être orientée vers une évaluation de la conduite automobile. Il est important de savoir que le diagnostic n'est pas un facteur aussi déterminant que les capacités fonctionnelles.

Physiquement – la personne a-t-elle une perte de sensation, de force ou de coordination dans son membre inférieur droit ou dans l'un de ses membres supérieurs? L'amplitude des mouvements du cou ou la mobilité du tronc est-elle réduite?

Sur les plans cognitifs ou perceptuels – La personne a-t-elle une baisse de ses habiletés multi-tâches, une réduction de la vitesse de ses processus mentaux, une baisse de l'attention pour les détails visuels, des déficits visuo-spatiaux, de la difficulté à conserver sa concentration ou un faible jugement? A-t-elle de la difficulté à effectuer ses activités de la vie quotidienne, en particulier à préparer ses repas ou à prendre ses médicaments?

Comportement – La personne est-elle confuse, extrêmement anxieuse, en particulier au sujet de la conduite automobile, est-elle impulsive ou agressive?

À quel moment doit-on recommander à une personne de se soumettre à une évaluation de l'aptitude à la conduite automobile?

Les personnes doivent être orientées vers une évaluation de la conduite automobile lorsqu'elles ont retrouvé leurs capacités fonctionnelles maximales à la suite d'une maladie ou d'une blessure. Si les clients ont subi un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme crânien et qu'ils montrent des signes de déficits cognitifs, il est alors recommandé de ne pas leur faire passer d'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile avant au moins six mois. Toutefois, il pourrait y avoir certaines raisons de faire l'évaluation plus tôt, par exemple, si le client insiste pour conduire ou s'il doit être apte à conduire pour retourner au travail et si l'on croit qu'il pourrait en effet conduire en toute sécurité.

Les ergothérapeutes sont-ils tous aptes à effectuer des évaluations de l'aptitude à la conduite automobile?

Bien que tous les ergothérapeutes possèdent les compétences pour déterminer si le client a des limites fonctionnelles pouvant avoir des conséquences sur son aptitude à conduire en toute sécurité, seuls les ergothérapeutes spécialisés dans le domaine de la réadaptation à la conduite automobile doivent effectuer des évaluations et émettre des recommandations relatives à l'aptitude à conduire ou aux adaptations requises. Les ergothérapeutes se spécialisent en suivant des cours et des ateliers portant spécifiquement sur la conduite automobile. Les moniteurs de conduite automobile qui sont affiliés aux programmes de réadaptation à la conduite automobile sont également spécialisés dans le domaine de la réadaptation à la conduite automobile.

À propos de l'auteure –

Lynn Hunt, OT Reg (Ont), est ergothérapeute senior et spécialiste spécialisée en réadaptation à la conduite automobile au Service de réadaptation à la conduite automobile du Centre de réadaptation de l'Hôpital d'Ottawa. Elle est co-présidente du chapitre de l'Ontario de l'Association of Driver Rehabilitation Specialists (ADED).





La démence et la conduite automobile : Du diagnostic au renoncement à la conduite automobile et au-delà

Lisa Kristalovich

La démence représente un ensemble de troubles affectant le cerveau et les fonctions cognitives d'une personne. Les formes les plus communes (p.ex., la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire) sont des maladies progressives et dégénératives. Bien qu'elle soit plus courante chez les personnes âgées, la démence n'est pas une étape normale du vieillissement.

Les résultats préliminaires d'une étude menée par la Société Alzheimer du Canada (2009) ont révélé les statistiques suivantes sur la démence au Canada :

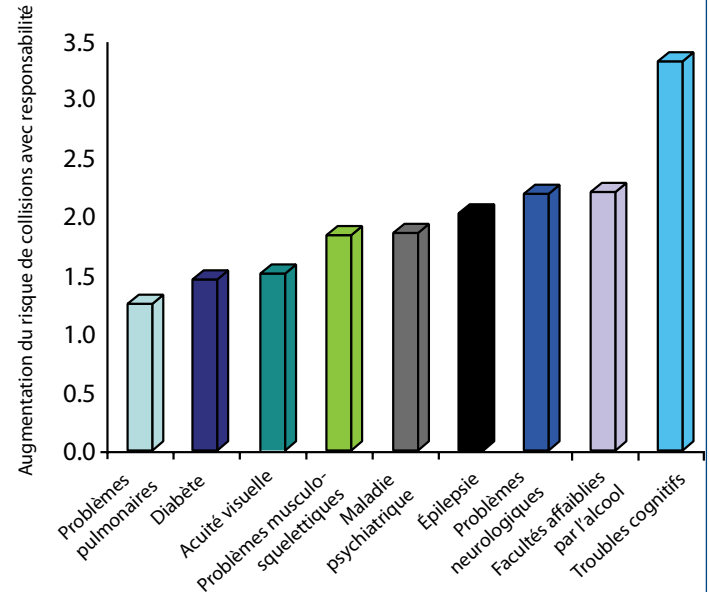
- Un Canadien sur 11 âgé de plus de 65 ans est atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence associée.
- Des 500 000 Canadiens atteints de démence, plus de 71 000 sont âgés de moins de 65 ans et environ 50 000 d'entre eux sont âgés de moins de 60 ans.
- D'ici cinq ans, 250 000 Canadiens de plus et leur famille pourraient faire face à la maladie d'Alzheimer ou à une autre forme de démence.
- Le nombre de Canadiens atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence associée pourrait être de plus du double, en une génération (25 ans).

En Colombie-Britannique (C.-B.), plus de 70 000 personnes vivent actuellement avec une démence et près de 10 000 de ces personnes sont âgées de moins de 65 ans (BC Alzheimer Society, 2009). Compte tenu des augmentations prévues qui sont citées ci-dessus, ces chiffres dépasseront respectivement les 140 000 et 20 000 dans les 25 prochaines années.

La démence et la conduite automobile

Un nombre impressionnant de données probantes indiquent que les troubles cognitifs affectent l'aptitude à conduire en toute sécurité. En effet, la démence réduit la mémoire, l'attention, la perception visuelle et la fonction exécutive, des aspects qui sont tous essentiels pour conduire en toute sécurité. Selon Dobbs et coll. (2009), « nous avons la certitude que la nature progressive de la démence entraîne une détérioration des compétences requises pour la conduite automobile » (p.16).

Les personnes atteintes de démence ont une faible capacité d'introspection face au risque qu'elles représentent et elles ne sont pas susceptibles de corriger et de contrôler elles-mêmes leurs habitudes au volant. Plus de la moitié des personnes ayant une forme ou une autre de trouble cognitif (57 %) continuent de conduire, de 30 % à 50 % de ces personnes auront une collision d'ici trois ans, et 80 % d'entre elles continueront à conduire après une collision (Dobbs et al., 2009). La figure 1 montre les pourcentages de collisions avec responsabilité en fonction de huit problèmes médicaux courants et chez les personnes ayant les facultés affaiblies par l'alcool. Cette figure démontre clairement que les troubles cognitifs augmentent beaucoup plus les pourcentages de collisions avec responsabilité que tout autre facteur.



Créé et réimprimé avec l'autorisation du Dr A. Dobbs (2000). Basé sur les données de : Diller, E., Cook, L., Leonard, D., Reading, J., Dean, J.M., et Vernon, D. Evaluation of drivers licensed with medical conditions in Utah, 1992-1996. Washington (DC): National Highway Traffic Safety Administration.

Figure 1 : Comparaison du pourcentage de collisions avec responsabilité de huit conditions médicales courantes et des facultés affaiblies par l'alcool.

Un diagnostic de démence n'indique pas nécessairement si une personne est apte ou non à conduire en toute sécurité. En effet, environ un tiers des conducteurs se trouvant aux premiers stades de la maladie sont aptes à conduire une automobile. La clé pour veiller à ce que les conducteurs atteints de démence cessent de conduire avant qu'ils deviennent des conducteurs à risque est de faire appel à un processus basé sur une communication claire, une évaluation adéquate et du soutien lorsque le conducteur doit renoncer à conduire.

Le Dementia and Driving Working Group (DDWG)

Le DDWG a été fondé par la British Columbia Automobile Association Traffic Safety Foundation (BCAA TSF) et le Holy Family Hospital Driver Rehabilitation Program, afin d'examiner le système qui est actuellement en place en C.-B. pour le dépistage et l'évaluation des conducteurs atteints de démence et pour les préparer à renoncer à la conduite automobile. Au département d'ergothérapie, le programme de réadaptation à la conduite automobile est axé sur la sécurité du client et de la population et il propose des évaluations et des programmes de réadaptation fondés sur les preuves, de même que du soutien aux professionnels de la santé qui doivent prendre des décisions relatives à la

sécurité des conducteurs âgés.

Afin de mieux comprendre la démence et ses répercussions sur la conduite automobile, de même que les processus actuels entourant le renoncement à la conduite automobile, le DDWG a consulté divers intervenants, dont les suivants :

- La BC Medical Association
- L'Office of the Superintendent of Motor Vehicles (OSMV)
- L'Alzheimer Society of BC
- L'University of Alberta Medically At Risk Driver's Centre
- Les personnes atteintes de démence et leur famille

Le système actuel associé au renoncement à la conduite automobile

Le système actuel pour les conducteurs atteints de démence est un continuum complexe et non linéaire, qui s'étend du moment où la personne ayant une démence non diagnostiquée conduit toujours, au renoncement à

Processus

- En raison de la complexité du processus actuel d'évaluation ou de cessation de la conduite automobile, il est difficile pour certains intervenants de remplir leur rôle.
- Il arrive souvent que le diagnostic de la démence ne soit pas établi au moment opportun.
- Il y a des délais trop longs entre l'évaluation de la conduite automobile, la communication des résultats et les décisions relatives au maintien ou au retrait du permis de conduire.
- Les professionnels de la santé hésitent à rapporter les conducteurs à risque à l'Office of the Superintendent of Motor Vehicles (OSMV).

Connaissances

- On ne comprend pas suffisamment les effets de la démence sur la conduite automobile.
- Les gens et la société ne sont pas bien préparés au renoncement à la conduite automobile.

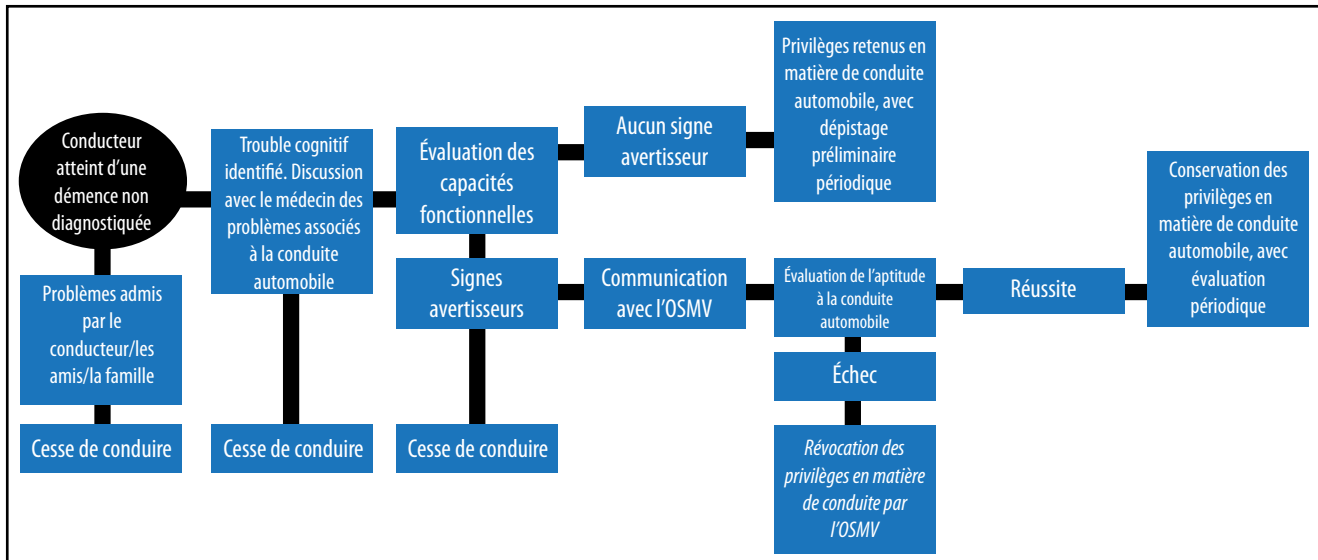


Figure 2 : Le cheminement actuel vers le renoncement à la conduite automobile en Colombie-Britannique.

la conduite automobile. Afin de faciliter la détermination des possibilités de développement stratégique, le DDWG a conçu une représentation graphique du cheminement actuel menant au renoncement à la conduite automobile (voir la figure 2).

Les principaux intervenants suivants ont été identifiés comment ayant des responsabilités et des rôles le long du continuum : les professionnels de la santé, la famille et les amis, les organismes d'octroi des permis de conduire et les organismes de services communautaires.

Questions clés

À la suite d'un examen préliminaire du système actuel et de consultations auprès des intervenants, le DDWG a ciblé les points clés devant être améliorés et les a regroupés en quatre thèmes : processus, connaissances, communication et ressources.

Communication

- Les gens ont peur de parler des troubles cognitifs et de la conduite automobile, parce que le sujet déclenche des émotions fortes et la société dépend en grande partie de la conduite automobile.
- Il y a peu de ressources qui expliquent clairement les effets de la démence sur la conduite automobile aux personnes qui en sont atteintes, à leur famille, aux soignants et aux professionnels de la santé.
- Il y a des problèmes de communication entre les professionnels de la santé, l'OSMV, les clients et les familles.
- La communication n'est pas claire et uniforme.

Ressources

- Les outils de dépistage des conducteurs à risques sont inefficaces pour les professionnels de la santé.
- L'accès aux centres d'évaluation de la conduite auto-

mobile est limité.

- On ne fait pas suffisamment appel aux spécialistes médicaux.
- Il existe peu de solutions de rechange à la conduite automobile pour les personnes ayant des troubles cognitifs.

À propos de l'auteure – Lisa Kristalovich,

BMR(OT), qui effectue actuellement un certificat en évaluation de l'aptitude à la conduite automobile, MRSc (en cours), est ergothérapeute depuis 1996 et elle travaille dans le domaine de réadaptation à la conduite automobile depuis 2001. Comme elle travaille dans un hôpital gériatrique, Lisa connaît la large gamme de besoins de la population âgée en matière de mobilité dans la communauté. On peut joindre Lisa au lkristalovich@providencehealth.bc.ca ou au 604-322-2617.

Répercussions sur l'ergothérapie

Les ergothérapeutes sont dans une situation idéale pour jouer un rôle clé dans la gestion des conducteurs atteints de démence. Dans les premiers stades de la perte de mémoire dont le diagnostic a été établi ou non, les ergothérapeutes peuvent discuter des conséquences fonctionnelles du changement cognitif sur les activités instrumentales de la vie quotidienne, y compris sur la conduite automobile. Une discussion sur l'aspect inévitable du renoncement à la conduite automobile en raison d'une maladie cognitive et une préparation précoce au renoncement à la conduite automobile peuvent faciliter la transition et amener le conducteur

à cesser volontairement de conduire, lorsque le moment est venu.

Avant et après le renoncement à la conduite automobile, les ergothérapeutes peuvent offrir des interventions en matière de mobilité dans la communauté. Dans le cas d'un client ayant des troubles cognitifs, le simple fait de diriger le client vers un service de transport adapté ou de l'y inscrire ne suffit pas. Il faut également lui offrir un entraînement fonctionnel, afin qu'il apprenne à utiliser le nouveau moyen de transport et l'aider à établir une routine hebdomadaire pour utiliser d'autres moyens de transport dans la

communauté, ce qui entraînera une plus grande utilisation des transports adaptés et une plus forte participation du client aux activités de la communauté.

Un nombre croissant d'ergothérapeutes ayant des compétences et des connaissances pour le dépistage et l'évaluation de la conduite automobile sera requis. Il est donc primordial d'offrir un soutien additionnel aux ergothérapeutes afin qu'ils fassent l'acquisition de compétences pour le dépistage des conducteurs à risque et pour la planification précoce du renoncement à la conduite automobile et de la transition suivant la perte du permis de conduire.

Les ergothérapeutes peuvent aider les clients et leur famille à effectuer la difficile et inévitable transition vers le renoncement à la conduite automobile, tout en facilitant leur participation continue aux activités de la communauté. Avec le développement de cette stratégie provinciale en C.-B., une demande accrue de services d'ergothérapie pourrait être créée pour aborder tous les aspects de la mobilité dans la communauté.

Remerciements

David Dunne, Lynda Griffiths et Marg Turner, de la BCAA Traffic Safety Foundation ont été des personnes déterminantes dans l'élaboration de l'article *Dementia and Driving: Call to Action*, à partir duquel le présent article a été rédigé.

Références

- Alzheimer's Society of BC (2009) Put your mind to it. Téléchargé au www.alzheimerbc.org/put_your_mind_to_it.php.
- Dobbs, B., Zirk, H., Daly, S. (2009). Tackling a tough issue: Strategies for identifying, assessing and supporting drivers with dementia in the primary care setting. *The Canadian Review of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 12(1), 13-21.
- Rapoport, M.J., Herrmann, N., Molnar, F.J., Man-Son-Hing, M., Marshall, S.C., Shulman, K., Naglie, G. (2007). Sharing the responsibility for assessing the risk of the driver with dementia. *Canadian Medical Association Journal*, 17(6), 599.

Faire tomber les barrières et préparer l'avenir : Les transports durables pour les aînés sont la voie de l'avenir



David Dunne

Depuis son invention à la fin des années 1800, nous vivons une histoire d'amour avec l'automobile, mais, au fil du temps, il semble que nous ayons oublié que si la mobilité est un droit, la conduite automobile est toujours un privilège. Le privilège personnel associé à la conduite automobile doit toujours être évalué en fonction de la sécurité publique. En effet, la conduite automobile fait appel à l'utilisation judicieuse des capacités fonctionnelles sensorielles, motrices et cognitives. Pour un nombre croissant de personnes qui n'ont plus la capacité fonctionnelle de conduire en toute sécurité, le renoncement à la conduite automobile est inévitable.

On s'attend à ce que la population âgée de plus de 65 ans triple dans les 20 prochaines années. Par ailleurs, les gens vivent plus longtemps qu'avant et continuent de conduire, généralement sept ans de plus qu'avant chez les hommes et 10 ans chez les femmes. À tous les ans, près de 60 000 Canadiens âgés de plus de 70 ans cessent de conduire. Malheureusement, peu de personnes planifient à l'avance le renoncement à la conduite automobile. Pour la plupart des gens, le fait de devoir renoncer à conduire entraîne un grand choc pour lequel eux-mêmes et leur famille ne sont pas bien préparés, en particulier s'il ne s'agit pas de leur propre décision. Les communautés subissent une pression de plus en plus grande, car de nombreuses personnes tentent de faire face à l'éventualité de devoir renoncer à conduire tout en tenant de conserver leur mobilité dans la communauté, leur autonomie et leur qualité de vie.

« La sécurité est trop souvent compromise en raison des nombreuses personnes qui ne devraient pas conduire ou qui évitent de prendre la décision de cesser de conduire et du fait que très peu de personnes planifient à l'avance leur renoncement à la conduite automobile ».

Afin d'aborder ce problème imminent, la British Columbia Automobile Association Traffic Safety Foundation (BCAA TSF) a récemment organisé une série de discussions sous forme de table ronde avec des parties prenantes, notamment des aînés, des organismes de santé, des organismes de transport complémentaire et le gouvernement provincial, afin d'ouvrir le dialogue sur les besoins des aînés en matière transport. La BCAA TSF a posé une question déterminante : « À qui ce problème appartient-il? » Bien que tous les intervenants aient reconnu qu'il s'agissait d'une préoccupation croissante, plusieurs croyaient qu'il s'agissait de la responsabilité de quelqu'un d'autre.

Le but de cet article est de présenter un sommaire des principaux enjeux que nous avons ciblés pendant la discussion. En lisant cet article, nous vous invitons à vous demander si ces enjeux pourraient avoir un écho dans d'autres compétences à travers le Canada. Chaque année, un plus grand nombre de Canadiens font face à l'éventualité

de devoir renoncer à conduire. Bien que cela soit souvent considéré comme un problème personnel et familial, il s'agit en réalité d'un enjeu social important.

Souvent, de multiples joueurs sont concernés lorsqu'une personne doit renoncer à la conduite automobile

La famille, les soignants et les professionnels de la santé jouent tous un rôle dans la transition d'une personne du rôle de conducteur à celui de passager. La cessation de la conduite automobile constitue un sujet de conversation très difficile à aborder, mais la recherche indique qu'il y a des avantages à ce qu'un membre de la famille participe à la conversation dès le départ, afin qu'il puisse donner du soutien à la personne et l'aider à concevoir un plan en matière de transport. Il y a aussi des avantages à ce que la personne participe à une évaluation de son aptitude à la conduite automobile ou à une évaluation fonctionnelle effectuée par un professionnel ayant suivi une formation adéquate et qui ne participe pas directement aux soins quotidiens de cette personne. Un ergothérapeute peut jouer un rôle clé en aidant la personne à déterminer le moment où il est temps de renoncer à la conduite automobile et à élaborer un plan de rechange en matière de mobilité qui répondra aux besoins de la personne pour les activités qu'elle souhaite effectuer à l'extérieur de son domicile.

Adopter une approche concertée pour offrir des transports durables en Colombie-Britannique

Les personnes qui continuent à conduire lorsqu'elles ne sont plus aptes à le faire en raison de changements survenus dans leur état de santé peuvent représenter un grand risque pour la sécurité publique. La BCAA TSF croit qu'elle doit intervenir et assumer un rôle de leadership pour aborder cette question. Tout en reconnaissant que bon nombre de ces conducteurs sont âgés, la BCAA TSF a élaboré une stratégie à l'intention des conducteurs adultes, basée sur une approche concertée qui est axée sur trois points clés : 1) aider les personnes qui peuvent et désirent améliorer leurs compétences au volant; 2) intervenir auprès des conducteurs dont l'état de santé est précaire, afin de veiller à ce que les conducteurs à risque fassent rapidement la transition vers le renoncement à la conduite automobile; 3) explorer des modes de transport « adaptés aux aînés » pour répondre à leurs besoins en matière de transport.

Bien que nous devions reconnaître que la conduite automobile est un privilège qui est accompagné de nombreuses responsabilités, nous devons également veiller à ce que les gens conservent leur droit à la mobilité lorsqu'ils

À propos de l'auteur – David Dunne est le directeur de Road Safety pour la British Columbia Automobile Association's Traffic Safety Foundation.

commencent à avoir des troubles cognitifs et qu'ils ne peuvent plus conduire. Nous devons être sensible aux besoins des aînés et cela signifie que nos communautés, nos lois et nos services doivent être orientés vers leurs besoins particuliers. S'il n'y pas de solutions de rechange en place, nous dégraderons la qualité de vie d'un segment croissant de la population canadienne.

Créer des modes de transport alternatifs viables : les leçons apprises d'autres compétences

Il y a de nombreux aspects à considérer lorsque l'on aborde la mobilité d'une personne, au-delà de l'automobile, soient l'état de santé et la qualité de vie de l'aîné, la sécurité publique, les aspects légaux et financiers, les questions sociales et familiales, les problèmes opérationnels et

« On prévoit que la population âgée de plus de 65 ans triplera au cours des 20 prochaines années. Les gens vivent plus longtemps qu'avant et continuent de conduire, généralement sept ans de plus qu'avant chez les hommes et 10 ans chez les femmes ».

environnementaux, et ainsi de suite. Nous devons être à l'écoute des besoins des aînés et cela signifie que nos communautés, nos règlements et nos services doivent être orientés vers leurs besoins particuliers.

Pour être efficaces, les modes de transport alternatifs doivent attirer les usagers âgés. La Beverly Foundation, située aux États-Unis, a élaboré des principes qu'il faut incorporer aux programmes de transport complémentaires pour répondre aux besoins des aînés (www.beverlyfoundation.org). Du point de vue des aînés, les transports doivent être acceptables et centrés sur le consommateur et ils doivent répondre aux préférences individuelles, tout en étant accessibles et adaptées aux personnes ayant différentes capacités fonctionnelles et exigences en matière de déplacements. Les services doivent aussi être abordables.

Les individus, les familles, les soignants, les dispensateurs

de services, les entreprises, les collectivités, les instances décisionnelles, les gouvernements et les professionnels de la santé, y compris les ergothérapeutes, doivent tous participer à la création de solutions qui fonctionnent, afin que les individus puissent vieillir chez eux, avec dignité et en toute liberté. Il faut surtout que les aînés eux-mêmes soient invités à participer au processus. Tout en reconnaissant que le renoncement à la conduite automobile est inévitable, les aînés doivent se familiariser avec les solutions de rechange et planifier où et comment ils vivront afin de conserver leur mobilité et leur autonomie.

Faciliter la mobilité en offrant un accès juste et équitable au transport – Appel à l'action

Nos communautés ont besoin d'une gamme de services de transport adaptés et accessibles, dont certains seront gratuits et d'autres non, afin de répondre aux besoins changeants des aînés et de respecter leur dignité. Les fournisseurs de services de transport alternatifs doivent aussi offrir des services durables.

En tirant des leçons de ce que d'autres ont fait, en utilisant les ressources offertes par des organisations comme la Beverly Foundation et en formant des partenariats avec des parties prenantes qui ont des objectifs complémentaires, nous pourrions tirer parti de ressources limitées. Par exemple, les ergothérapeutes ont joué un rôle déterminant dans l'établissement d'un partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada en vue de créer le *Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés*. Toutefois, il n'y a pas de solution magique pouvant répondre à tous les types de problèmes. En effet, les besoins en matière de transport diffèrent d'une communauté à l'autre.

Il n'y a pas de solution facile, mais, au moins, la conversation est amorcée dans les collectivités de l'ensemble de la Colombie-Britannique. Il a été très captivant d'observer ce processus prendre place en Colombie-Britannique. La conversation a-t-elle commencé dans votre communauté? Si ce n'est pas le cas, je vous invite à rassembler les intervenants de votre province ou territoire pour amorcer la discussion.

Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés



L'âge a-t-il un effet sur l'aptitude à conduire de façon sécuritaire?

Le vieillissement peut entraîner des changements touchant la vision, les habiletés de perception, l'attention, la mémoire, les prises de décision, le temps de réaction, la vitesse de traitement de

l'information et les habiletés physiques, y compris des problèmes médicaux spécifiques pouvant avoir un effet sur la conduite sécuritaire d'un véhicule. La recherche a démontré que les changements touchant les fonctions cognitives et de perception sont associés à de plus grands risques d'accidents (2-5). Des problèmes médicaux spécifiques associés au vieillissement, comme un AVC ou le diabète, peuvent aussi avoir des répercussions sur la conduite automobile. Des données statistiques actuelles indiquent que la mortalité et la morbidité des conducteurs âgés sont à la hausse et que les accidents associés à la conduite automobile sont la principale cause de mort accidentelle chez les personnes âgées de 65 à 75 ans au Canada. Le pourcentage d'accidents est 3,5 fois plus élevé chez les personnes âgées de plus de 75 ans que chez les conducteurs de 35 à 44 ans.(1)

À quel point la conduite automobile est-elle importante pour les aînés?

Les personnes âgées représentent le segment de la population de conducteurs dont la croissance est la plus rapide. De nos jours, on trouve près de 2,7 millions de conducteurs âgés de plus de 65 ans sur les routes canadiennes. On prévoit que d'ici 2040, ce nombre aura pratiquement doublé. La conduite automobile représente l'autonomie et l'indépendance et elle contribue à la qualité de vie d'une personne, en lui procurant un bien-être et la capacité de poursuivre ses relations familiales et sociales (6). La recherche indique que des solutions de rechange doivent être prévues pour permettre aux aînés de continuer de mener une vie communautaire active après avoir renoncé à conduire leur voiture. Le renoncement à la conduite automobile est associé à la perte de mobilité d'une personne et à une réduction des activités à l'extérieur du domicile (7), de même qu'à une augmentation des symptômes dépressifs(6).

À quel moment un conducteur âgé devrait-il planifier le renoncement à la conduite automobile?

Tous les conducteurs doivent prendre conscience qu'ils ne conserveront pas leur aptitude à conduire une automobile tout au long de leur vie. Avant que les effets du vieillissement aient des répercussions sur leur aptitude à conduire en toute sécurité, les aînés devraient amorcer la transition vers le renoncement à la conduite automobile et envisager des solutions de rechange en matière de transport qui correspondent à leurs besoins dans leur communauté.

Comment le conducteur âgé doit-il effectuer la transition vers le renoncement à la conduite automobile?

Pour certaines personnes, le renoncement à la conduite automobile peut être un processus graduel. Les conducteurs âgés et leur famille peuvent cibler les situations qui présentent des risques pour la sécurité au volant, comme conduire par mauvais temps, pendant les heures de pointe ou sur des autoroutes à accès limité. Les aînés peuvent alors choisir d'éviter de conduire dans ces situations difficiles. En s'imposant ainsi des limites, les aînés peuvent continuer de conduire en toute sécurité. D'autres solutions en matière de transport peuvent être envisagées dans les situations où le conducteur âgé n'a pas confiance en sa capacité de conduire en toute sécurité.

Lorsqu'un aîné a le sentiment qu'il ne peut plus conduire en toute sécurité ou lorsqu'on lui dit qu'il ne peut plus conduire, il est important de mettre en place quelques stratégies pour l'aider à demeurer en lien avec sa communauté.

- La planification du renoncement à la conduite automobile doit commencer avant que la personne cesse de conduire.
- Concevez un plan de transport personnel et recueillez de l'information sur les options locales en matière de transport.
- Familiarisez-vous avec les solutions de rechange en matière de transport.

Quelles sont les options possibles une fois que le conducteur âgé a cessé de conduire?

De plus en plus de collectivités se penchent sur des solutions de rechange en matière de transport, comme les transports en commun, les services de navettes communautaires, les taxis, les services de location de voitures, les transports en commun spécialisés pour les aînés, les conducteurs bénévoles et les groupes de co-voiturage. Il est fortement recommandé que les conducteurs âgés se familiarisent avec les autres moyens de transport possibles dans leur région. S'il n'y a pas d'autres moyens de transport disponibles, les conducteurs âgés et leur famille doivent envisager de communiquer avec le

gouvernement régional ou avec les organismes pour les aînés de leur région. Ensemble, ils peuvent être en mesure d'établir de nouveaux services dans leur communauté. Lorsque la conduite automobile n'est plus une option, tous les membres d'une communauté ont droit à une forme quelconque de transport et ils doivent revendiquer l'accès à des services de transport rentables et accessibles.

Références

- (1) Conseil canadien de la sécurité. *Les aînés au volant*. (2005). Téléchargé en février 2005 au <http://www.safetycouncil.org/news/sc/2000/Eng-1-00.pdf>.
- (2) Gresset, J.A., et Meyer, F.M. (1994). Risk of accidents among elderly car drivers with visual acuity equal to 6/12 or 6/15 and lack of binocular vision. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 14, 33-37.
- (3) Johnson, C.A., et Keltner, L. (1983). Incidence of visual field loss in 20,000 eyes and its relationship to driving performance. *Archives of Ophthalmology*, 101, 371-375.
- (4) Morgan, R., et King, D. (1995). The older driver: a review. *Post-graduate Medicine Journal*, 71, 525-528.
- (5) Owsley, C., Ball, K., Sloane, M.E., Roenker, D.L., et Bruni, J.R. (1991). Visual/cognitive correlates of vehicle accidents in older drivers. *Ophthalmology and Aging*, 6(3), 403-415.
- (6) Ragland, D.R., Satariano, W.A., et MacLeod, K.E. (2004). Reasons given by older people for limitations or avoidance of driving. *The Gerontologist*, 44, 237-244.
- (7) Marottoli, R.A., Mendes de Leon, C.F., Glass, T.A., Williams, C.S., Cooney, L.M., et Berkman, L.F. (2000). Consequences of driving cessation: decreased out-of-home activity levels. *Journal of Gerontology*, 55, S334-340.
- (8) Ragland, D. R., Satariano, W. A. et MacLeod, K. E. (2005). Driving cessation and increased depressive symptoms. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 60(3), 399-403.

Inciter les partenaires de la communauté à aborder la question des conducteurs à risque atteints de démence



Briana Zur

La question de la conduite automobile et de la démence est de plus en plus préoccupante et de nombreux faits scientifiques démontrent que les conducteurs atteints de démence ayant un certain degré de déficit cognitif représentent un risque important pour la sécurité publique (Dobbs, Zirk et Daly, 2009). Tout comme la population vieillissante du Canada, les conducteurs âgés sont le segment de la population de conducteurs dont la croissance est la plus rapide (Conseil canadien de la sécurité, 2005). Le nombre de personnes âgées ayant un permis de conduire augmentera de façon exponentielle au fil des prochaines décennies, ce qui soulève des inquiétudes face aux déficits associés au vieillissement et à l'aptitude à la conduite automobile (Société Alzheimer du Canada, 2009). Bien que les personnes âgées ne souffrent pas toutes de démence, le pourcentage de collisions automobiles par kilomètre parcouru en automobile en fonction de l'âge du conducteur augmente après l'âge de 80 ans (Molnar, 2008). On estime que les conducteurs âgés de plus de 80 ans représentent le segment de la population de conducteurs en Ontario qui connaît la croissance la plus rapide (Hopkins, Kilik, Day et Rows, 2004; Molnar, 2008). Les personnes atteintes de démence ont de 2,5 à 4,7 fois plus de risques d'avoir des collisions automobiles que les groupes témoins (Man-Son-Hing, Marshall et Wilson, 2007). En Ontario, on estime que le nombre de conducteurs atteints de démence est passé de 15 000 en 1986, à 34 000 en 2000 et que d'ici l'an 2028, il y aura environ 100 000 conducteurs atteints de démence en Ontario seulement (Hopkins, Kilik, Day et Rows, 2004).

Les personnes atteintes de démence, les dispensateurs de soins familiaux et les professionnels de la santé ont de la difficulté à décider qui a la responsabilité de déterminer quand et comment la question du renoncement à la conduite automobile doit être abordée. Par ailleurs, de

« Les personnes atteintes de démence, les dispensateurs de soins familiaux et les professionnels de la santé ont de la difficulté à décider qui a la responsabilité de déterminer quand et comment la question du renoncement à la conduite automobile doit être abordée. »

nombreuses questions éthiques et morales doivent être considérées, afin d'établir un équilibre entre l'autonomie et la sécurité. En outre, les ergothérapeutes reconnaissent que la conduite automobile est une occupation clé dans la société contemporaine et qu'elle facilite la santé et le bien-être (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2009a).

L'enjeu

Dans de nombreuses compétences canadiennes, la responsabilité de la détermination de l'aptitude à la conduite automobile des personnes ayant une démence

incombe aux professionnels de la santé (Hopkins, Kilik, Day et Rows, 2004). Par exemple, dans de nombreuses provinces, les médecins ont le pouvoir de déclarer toute condition médicale pouvant avoir des répercussions sur l'aptitude à la conduite automobile d'une personne (Coopersmith Korner-Bitensky et Mayo, 1989). Dans de nombreux cas, lorsqu'on a établi que certaines personnes âgées ne sont plus aptes à conduire, ces personnes se heurtent à des barrières lorsqu'elles tentent d'être toujours mobiles dans la communauté; ces barrières les empêchent d'être autonomes et elles peuvent entraîner la dépression et l'isolement social (Fonda, Wallace et Herzog, 2001; Ontario Society of Occupational Therapists [OSOT] Aging Driving Interest Task Force, 2009). Les changements qui surviennent dans la capacité de participer à des occupations significatives comme la conduite automobile peuvent aussi avoir un effet sur l'identité occupationnelle de la personne (Vrkljan et Polgarr, 2009). Pour aborder les questions complexes associées à l'amélioration de la sécurité des conducteurs âgés, l'ACE a lancé le *Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés* (Plan d'action) (ACE, 2009b) et l'OSOT a diffusé le document *Aging Driver Report* (OSOT Aging Driver Interest Task Force, 2009).

Il n'est pas rare pour les praticiens travaillant au sein d'une équipe d'évaluation pour des services spécialisés en gériatrie de rencontrer des clients ayant reçu le diagnostic de démence, qui ont été déclarés inaptes à conduire et dont le permis a été révoqué mais qui, pour diverses raisons, continuent de conduire. Au fil des ans, plusieurs appels téléphoniques ont été faits aux services de police régionaux qui, tout en étant sympathiques à la situation (et à ma grande frustration), ont affirmé qu'ils ne pouvaient intervenir que si une infraction avait été commise. Souvent, c'est la famille du conducteur qui a la tâche de lui retirer les clés et elle reçoit peu de soutien ou de conseils de la part des praticiens médicaux et de la santé.

Lignes directrices pour aborder le renoncement à la conduite automobile

Le rapport de l'OSOT (Aging Driver Report, 2009) recommande de rendre accessible toute information sur les modes de transports alternatifs adaptés aux besoins des aînés et d'augmenter la disponibilité du soutien pour faciliter la transition vers le renoncement à la conduite automobile. Le rapport recommande aussi l'élaboration d'une stratégie de communication complète ayant pour but d'éduquer les professionnels et la population générale sur

À propos de l'auteure – Briana travaille à titre d'ergothérapeute au sein d'une équipe de services externes en gériatrie dans la région de Waterloo. Elle effectue également son doctorat en sciences de la santé et de la réadaptation (domaine de la science de l'occupation) à l'University of Western Ontario, à London, en Ontario. On peut la joindre à bzur@uwo.ca.

les questions associées aux conducteurs âgés, y compris le renoncement à la conduite automobile.

Le Plan d'action (2009b) recommande d'obtenir des appuis et d'établir des partenariats à grande échelle pour atteindre la vision selon laquelle « les conducteurs âgés au Canada auront des habitudes au volant qui leur permettront de prévenir les blessures et qui favoriseront la santé, le bien-être et la sécurité publique » (ACE, 2009b). Le Plan d'action recommande également de fournir de l'information aux différents intervenants sur les habitudes sécuritaires à promouvoir auprès des aînés, ainsi que sur les directives et les programmes à l'intention des aînés. Les intervenants ciblés sont les conducteurs âgés et leur famille, les professionnels de la santé, les représentants du gouvernement, les agents ou organismes d'application de la loi et la population en général. Ce rapport met l'accent sur le besoin de rehausser la visibilité des enjeux liés aux conducteurs âgés et de diffuser des ressources et de l'information adaptées aux usagers et aux intervenants.

Mise en oeuvre des lignes directrices

En novembre 2007, à la suite d'une communication avec le directeur des ressources communautaires des services de police régionaux, une invitation a été lancée à diverses parties prenantes pour qu'elle se joignent à un comité spécial afin d'aborder la question des conducteurs âgés à risque, atteints de démence. Au départ, ce comité était composé du superviseur des services routiers de la Waterloo Regional Police Services, du coordinateur de l'éducation publique de la Société Alzheimer de Kitchener-Waterloo et d'un représentant du Community Care Access Centre (maintenant désigné sous le nom de Clinical Nurses Specialist, Geriatrics du CCAC de Waterloo Wellington). Le but de ce comité est de sensibiliser les différents intervenants aux conducteurs à risque atteints de démence au sein de notre communauté, d'offrir de l'éducation et du soutien aux soignants afin qu'ils puissent faire face à cette situation difficile et d'offrir aux médecins de famille les outils essentiels pour aborder la question avec leurs patients. Ainsi, ce groupe illustre comment les lignes directrices élaborées aux échelons fédéral et provincial peuvent être appliquées à l'échelon local.

Avec le temps, le groupe a pris de l'expansion et comprend maintenant une personne atteinte de démence et des représentants de nos programmes communautaires régionaux à l'intention des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leur famille, de District Stroke Education, le consultant en ressources cliniques en gériatrie du CCAC de Waterloo Wellington, la Elder Abuse Response Team des Waterloo Regional Police Services et deux représentants du Department of Health Studies and Gerontology de l'University of Waterloo. Ces nouveaux membres ont permis d'augmenter la diversité, l'expertise et l'engagement des partenaires communautaires, ce qui nous a donné la possibilité de mieux comprendre ces enjeux et ces préoccupations.

Le groupe de travail élabore présentement une stratégie globale dont le but est d'éduquer les professionnels et la population en général sur les enjeux associés aux conducteurs âgés atteints de démence, y compris le renoncement à la conduite automobile. Jusqu'à présent,

nous avons organisé un atelier de sensibilisation et conçu un dépliant d'information qui comprend des ressources locales pour trouver des modes de transport alternatifs et des organismes communautaires. On s'attend à ce que les prochaines stratégies soient axées sur l'éducation des familles, des médecins de famille et des autres professionnels de la santé.

Nous espérons que cela attirera l'attention et des ressources pour la création de solutions de rechange en matière de mobilité dans la communauté.

« Le but de ce comité est de sensibiliser les différents intervenants aux conducteurs à risque atteints de démence au sein de notre communauté, d'offrir de l'éducation et du soutien aux soignants afin qu'ils puissent faire face à cette situation difficile et d'offrir aux médecins de famille les outils essentiels pour aborder la question avec leurs patients. »

Il faut reconnaître que les personnes atteintes de démence qui conduisent lorsqu'elles ne sont plus aptes à le faire engendrent des risques inacceptables pour elles-mêmes et pour leur communauté. La conduite automobile est un privilège et non pas un droit; toutefois, toute personne devrait avoir accès à des moyens de transport accessibles et abordables dans la communauté.

Cet exemple démontre que l'établissement de partenariats communautaires est un mécanisme efficace pour aborder les préoccupations de la communauté et qu'il offre des possibilités que les ergothérapeutes peuvent saisir, tout en faisant l'acquisition des compétences interpersonnelles et pour le travail en collaboration et en incorporant une perspective occupationnelle dans un projet communautaire. En tant qu'ergothérapeutes, nous sommes bien placés pour contribuer efficacement à cet enjeu critique, tant au plan théorique que dans la pratique, alors que la génération des babyboomers est sur le point de partir à la retraite.

Références

- Société Alzheimer du Canada (2009). Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada.
- Conseil canadien de la sécurité. (2005). *Seniors behind the wheel*. Téléchargé au http://archive.safety-council.org/news/sc/2000/senior_wheel.html
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2009a). *Prise de position de l'ACE sur l'ergothérapie et la réadaptation à la conduite automobile*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1353>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2009b). *Plan d'action nationale pour la prévention des blessures chez les personnes âgées*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=2190>
- Coopersmith, H., Korner-Bitensky, N., et Mayo, N. (1989). Determining medical fitness to drive: physicians' responsibilities in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 140(4), 375-378.



Ma voiture, comme le prolongement de mon corps

Anne M.

“It will be my doctor telling me to cool it...” Godley and Creme My body the car (titre d’une chanson de Godley and Creme)

« C’est mon premier hiver sans pneus d’hiver » s’est exclamé mon père un soir de décembre, alors que toute la famille s’était réunie pour le souper, pour se mêler à la conversation qui avait inévitablement tourné autour des conditions routières et de l’arrivée imminente du temps froid. Son commentaire, lourd de sens, nous avait alors tous ébranlés, tout comme le courriel que nous avons reçu de ma soeur quelques jours plus tôt, nous annonçant que le permis de conduire de papa avait été révoqué suivant les recommandations du médecin.

Perdre son permis de conduire, pour mon père, marquait la fin de 68 longues années privilégiées d’indépendance sur quatre roues. Conduire lui avait grandement facilité la vie, qu’il s’agisse de sa vie professionnelle (visiter les bureaux de santé publique de la région de l’Ontario et faire le trajet quotidien pour se rendre à Queen’s Park), de son rôle social (fonder et appuyer un grand nombre de conseils d’administration et d’oeuvres de bienfaisance ainsi que découper la dinde le jour de Noël pour « The Mission ») ou encore de sa vie sociale et familiale (faire de la route presque tous les week-ends pour se rendre au chalet, aller à la piscine du YMCA en semaine, se rendre à l’église ou encore assister à tous les événements familiaux ou nombreux rites de passage). Il a même demandé ma mère en mariage dans sa voiture! De plus, mon père était fier de son dossier de conduite, pratiquement sans accident. Il avait aimé toutes ses nouvelles voitures rutilantes, particulièrement sa Mustang à hayon 1979, blue métallique, à boîte manuelle 5 vitesses, avec moteur de 5,0 L.

Depuis qu’il avait atteint l’âge de 80 ans, mon père participait tous les ans à la séance de formation de groupe obligatoire pour conducteurs âgés offerte par le ministère des Transports de l’Ontario, où il ne s’était jamais senti à sa place parmi les « vieilles bonnes femmes ». Il avait lui-même limité l’utilisation de sa voiture à mesure que sa vue avait baissé, évitant de conduire la nuit et de s’engager sur des routes inconnues. Il acceptait volontiers de voyager avec des membres de la famille pour se rendre en dehors de la ville, s’excusant chaque fois pour le dérangement que cela pouvait occasionner à chacun. Il continuait tout de même de conduire sa voiture dans le voisinage.

La petite cloche « est-ce le temps que papa cesse de prendre la voiture? » a commencé à sonner en juin lorsque je me suis emparé de la reine de mon père alors que nous venions à peine d’entamer l’une de nos fameuses parties d’échecs hebdomadaires. C’était une première pour mon père et moi, qui jouons aux échecs ensemble depuis cinquante ans. Même s’il avait alors rejeté la faute sur sa

mauvaise vision afin de ne pas perdre la face, j’avais eu l’impression que c’était plutôt sa réflexion stratégique qui lui avait fait défaut. Plus tard, après la partie, je lui avais demandé ce que conduire signifiait pour lui. Voici la réponse dramatique, hors du commun, et sans équivoque qu’il m’avait donnée : « Conduire, c’est mon indépendance. Sans ma voiture, je vais dépérir et mourir ». Les solutions de rechange que je lui ai proposées ont alors été accueillies par une réponse sèche : « Je n’ai jamais pris l’autobus ou le taxi de toute ma vie ». Il n’était pas question pour lui d’en discuter. Le sujet était clos.

En tant qu’ergothérapeute, je sais que pour conduire une voiture, un ensemble complexe de compétences et d’habiletés sont requises. En effet, la conduite automobile fait appel aux habiletés sensorielles (la vue, l’ouïe, la kinesthésie et le toucher), aux habiletés motrices (la vitesse de réaction, l’agilité, la coordination et l’amplitude des mouvements), aux facultés intellectuelles (la mémoire, la connaissance des règlements et l’orientation), ainsi qu’aux fonctions exécutives (l’attention, la résolution de problème, la réflexion stratégique, la planification et l’exécution). Comme j’exerce l’ergothérapie dans le domaine de la santé mentale, je suis également consciente que le fait de conduire une voiture est un élément clé d’une participation continue, surtout pour les personnes âgées de la communauté qui habitent toujours à la maison. Selon moi, le fait de demeurer actif et connecté s’apparie à une bonne santé et à une meilleure qualité de vie.

En tant que fille de mon père, j’avais des sentiments contradictoires. D’une part, je craignais de plus en plus que les pertes cognitives subtiles de mon père aient des conséquences tragiques et désastreuses pour lui ou pour toute autre personne se trouvant sur la route. D’autre part, je voulais que mon père conserve son autonomie aussi longtemps que possible. Il faut dire que pour celui-ci, conserver son autonomie signifiait continuer de conduire sa voiture et non pas adopter de nouveaux moyens de transport. À quel moment fallait-il alors faire part à mes frères et soeurs de mes craintes par rapport au fait que mon père devrait bientôt renoncer à son privilège de conducteur? Quand fallait-il conseiller à ma soeur, qui défend les intérêts de mon père lorsqu’il est question de sa santé, de le préparer à cette éventualité et de l’aider à prendre la décision de mettre fin à sa carrière de conducteur de la même façon qu’il avait volontairement pris sa retraite à l’âge de 72 ans?

Mon dilemme, en tant que fille et ergothérapeute, n’a fait que prendre de l’ampleur en septembre, lorsque mon père m’a appris qu’il avait manqué les funérailles d’un ami de

À propos de l’auteure –

Anne M., BScOT, MSc (OT), OT Reg (Ont), a obtenu son baccalauréat ainsi que sa maîtrise ès sciences en ergothérapie dans la région de l’Ontario, où elle vit et travaille comme ergothérapeute. Elle a choisi de conserver l’anonymat.

longue date parce qu'il n'était pas parvenu à trouver l'église. Quelques semaines plus tard, toutes mes incertitudes face à la défaillance de sa mémoire procédurale se sont dissipées lorsque je suis arrivée chez mon père pour notre usuel souper en famille pour me rendre compte qu'il n'était pas arrivé à ramasser sur le plancher les éclats de verre d'une bouteille cassée.

Ce soir-là, l'ergothérapeute en moi a surgi, convaincue que mon père ne devait plus conduire sa voiture. Par contre, en tant que proche de la personne concernée, la fille en moi connaissait la dynamique de la famille et je n'étais pas certaine de la façon dont je devais m'y prendre. En effet, le fait de partager mes observations et mes inquiétudes avec les autres n'a finalement suscité que le silence, l'opposition et l'inaction. En fin de compte, la décision a été remise entre les mains du médecin de mon père qui lui a retiré son permis de conduire après lui avoir fait passer un test de dépistage cognitif — un dénouement précipité et tragique auquel mon père fait encore allusion, presque tous les jours.

Depuis décembre, la conversation lors des soupers tourne souvent autour de mon père et de son adaptation à sa nouvelle vie sans voiture. D'abord, il y a eu les histoires d'amis qui lui conseillaient de conduire sans son permis ou d'en appeler de la décision du médecin, puis, il y a eu aussi la colère que mon père exprimait à l'égard de la faible valeur de revente de sa voiture et du fait de devoir trouver une nouvelle fonction pour un garage vide. Ensuite, il y a eu les difficultés qu'il a rencontrées lorsqu'il a dû planifier ses déplacements en taxi et dernièrement, le bonheur de ne plus avoir à se soucier du prix de l'essence, de devoir gratter des pare-brise couverts de glace ou encore de devoir réchauffer la voiture. À présent, lors des soupers, mon père nous égaye en relatant toute la panoplie d'histoires riches en traditions que lui racontent ses différents conducteurs sur la route. « C'est mon premier hiver avec voitures chauffées et bonnes histoires », s'exclame-t-il toujours avant de commencer son récit.