

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M. SC.)

PAR  
VALÉRIE BOUCHER

ANALYSE DE DEUX DOCUMENTS DE PROMOTION DE LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE  
PUBLIÉS PAR LA SAAQ ET DESTINÉS AUX PERSONNES ÂGÉES  
DE 65 ANS ET PLUS

AOÛT 2012

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## RÉSUMÉ

**Introduction :** Il est reconnu que l'occupation signifiante de conduire constitue une composante clé de l'autonomie des personnes (Ragland, Satariano & MacLeod, 2004).

**Problématique :** À mesure que les gens vieillissent, ils sont confrontés à plusieurs alternatives par rapport à leur conduite automobile (Unsworth, Wells, Browning, Thomas & Kendig, 2007, p.424). Malheureusement, trop de conducteurs tardent pour modifier leurs comportements.

**Objectif :** L'objectif de cet essai consiste à évaluer deux documents de promotion de la sécurité routière de la SAAQ afin de vérifier s'ils tiennent compte de l'ensemble des facteurs pouvant influencer la prise de décision quant au changement d'habitudes de conduite chez cette clientèle.

**Méthode :** Pour ce faire, un devis méthodologique d'analyse de matériel promotionnel (Paillé, 2007) est utilisé à la lumière du modèle conceptuel de Rudman, Friedland, Chipman & Sciortino (2006) qui a été bonifié par les résultats probants.

**Résultats :** Certains facteurs sont présents dans les deux documents, alors que d'autres le sont dans un seul des documents en quantité plus ou moins satisfaisante.

**Discussion :** D'autres n'ont pas été mentionnés et se doivent d'être ajoutés à un ou à l'autre des documents puisque la présence de tous ces éléments favoriserait un choix éclairé de la part du conducteur vieillissant.

**Mots-clés :** Conduite automobile, vieillissement, comportements de conduite, ergothérapie, promotion de la santé.

**Key words :** Automobile driving, aging, driving behaviors, occupational therapy, health promotion.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	v
REMERCIEMENTS.....	vi
1. INTRODUCTION.....	1
2. PROBLÉMATIQUE .....	4
3. OBJECTIF.....	11
4. CADRE CONCEPTUEL .....	12
5. MÉTHODE.....	17
5.1 Devis et analyse des documents .....	17
5.2 Échantillon et collecte des documents.....	18
6. RÉSULTATS.....	20
6.1 Éléments présents dans les deux documents.....	21
6.2 Éléments présents dans le document #1 seulement.....	25
6.3 Éléments présents dans le document #2 seulement.....	26
7. DISCUSSION.....	27
7.1 Analyse de la présence et de l'approfondissement des thèmes contenus dans au moins un des deux documents promotionnels.....	27
7.2 Éléments absents des deux documents .....	29
7.3 Accessibilité .....	32
7.4 Utilité .....	36

7.5 Conséquences pour l'ergothérapie .....	38
7.6 Limites de l'étude .....	38
8. CONCLUSION .....	40
RÉFÉRENCES.....	42
ANNEXE I : Résumé de la méthode utilisée pour effectuer une recension des écrits .....	48
ANNEXE II : Bases de données utilisées afin d'effectuer la recension des écrits .....	49
ANNEXE III : Grille d'analyse des deux documents de promotion de la sécurité routière développés par la SAAQ et adressés aux personnes âgées de 65 ans et plus (selon le MCRO-P).....	50

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
EIACA	Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes
MCRO-P	Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec

## REMERCIEMENTS

L'auteure tient à exprimer sa reconnaissance à madame Marie-Josée Drolet, directrice de recherche. Son encouragement, soutien, rigueur et patience ont permis de mener cet essai critique à terme. Également, elle tient à vous transmettre toute sa gratitude pour le travail réalisé ainsi que pour le respect de ses choix et de ses intérêts tout au long de ce parcours.

Également, l'auteure tient à remercier madame Nathalie Drouin, conseillère routière à la SAAQ, qui a collaboré à l'étude en acceptant de fournir des renseignements pertinents sur les documents de promotion de la sécurité routière analysés.

Enfin, elle tient à souligner le soutien affectif de ses proches qui ont su la soutenir et qui l'ont suivie patiemment tout au long de cette aventure.

## 1. INTRODUCTION

Conduire offre l'opportunité aux individus de rester engagés civiquement et socialement ainsi que de participer à des activités qui améliorent leur bien-être, particulièrement dans les régions où les autres options de transport se trouvent limitées (Molnar, Eby, Kartje & St. Louis, 2010, p. 367). D'ailleurs, il est reconnu que cette activité, souvent signifiante, constitue une composante clé de l'autonomie des personnes (Ragland, Satariano & MacLeod, 2004). Les aînés représentent le segment de la population qui connaît la plus grande croissance eu égard au nombre de conducteurs sur nos routes (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2009, p. 7). Cette augmentation peut être expliquée par le vieillissement de la population en lien avec l'augmentation de l'espérance de vie des personnes, de même qu'à la génération de baby-boomers qui devrait faire passer le nombre d'aînés canadiens de 4,2 millions à 9,8 millions entre 2005 et 2036 (Statistique Canada, 2006). Aussi, les femmes sont maintenant beaucoup plus nombreuses à conduire qu'auparavant (Korner-Bitenski, Toal-Sullivan & Von Zweck, 2007b, p. 10).

Il est toutefois inquiétant de constater que les conducteurs aînés ont plus de collisions que tous les autres groupes d'âge confondus en tenant compte du kilométrage parcouru (Conseil canadien de la sécurité, 2008). En effet, il est probable que la sécurité ainsi que l'autonomie de certains aînés soient éventuellement affectées par les changements sur les plans des capacités motrices, cognitives, perceptives et sensorielles pouvant être amenés par le vieillissement normal (Korner-Bitenski, Toal-Sullivan & Von Zweck, 2007a, p. 3), de même que la sécurité des autres personnes

impliquées dans de tels accidents. Bien que les effets du vieillissement aient un impact alarmant sur la conduite des personnes âgées, peu de recherches sont effectuées pour comprendre la problématique auprès de la population vieillissante demeurant à domicile et ne présentant pas une condition médicale requérant le signalement auprès des autorités (Rudman, Friedland, Chipman & Sciortino, 2006, p. 66). En ce sens, le sujet de cet essai s'avère à la fois pertinent et d'actualité.

Idéalement, il serait à souhaiter que les personnes âgées modifient elles-mêmes leur conduite au moment approprié, c'est-à-dire qu'elles fassent des ajustements à leurs comportements de conduite qui correspondent adéquatement aux changements de leurs capacités cognitives, sensorielles et motrices (Charlton, Oxley, Fildes, Oxley, Newstead, Koppel & O'Hare, 2006, p. 363). Des résultats indiquent qu'un auto-dépistage pourrait aider les aînés à se conscientiser quant à leurs habiletés fonctionnelles de conduite afin de pouvoir autoréguler leurs comportements en ce sens pour adopter une conduite plus sécuritaire (Molnar & coll., 2010, p. 367).

Le rôle de l'ergothérapeute auprès des conducteurs âgés à risque s'avère très bien documenté pour ce qui est de l'évaluation de l'aptitude à conduire, mais celui-ci l'est beaucoup moins en ce qui concerne la promotion d'une conduite sécuritaire chez les aînés. L'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) estime que l'ergothérapeute est un professionnel tout particulièrement indiqué pour évaluer les habiletés fonctionnelles d'un conducteur, pour émettre des recommandations ainsi que pour mettre en œuvre un plan d'intervention afin de favoriser l'autonomie et la sécurité d'une personne (OEQ, 2008, p. 11). Ces conseils peuvent être aussi simples que de suggérer

aux aînés d'éviter de conduire aux heures de pointe ou de limiter les activités stimulantes pendant la conduite (ACE, 2012). De plus, le code de la sécurité routière (Gouvernement du Québec, 2011, article 73) inclut l'ergothérapeute parmi les professionnels de la santé désignés pour faire une évaluation pouvant être exigée par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). L'OEQ explique brièvement que l'ergothérapeute serait en mesure de proposer à ses clients, aînés et autres clientèles, telles que celles aux prises avec une maladie dégénérative, des interventions visant à optimiser leurs capacités afin de maintenir leurs autonomie et sécurité (OEQ, 2008, p. 31 et p. 32).

Le présent essai s'intéresse donc au rôle émergent de l'ergothérapeute en promotion de la sécurité routière auprès de conducteurs âgés en santé pour les aider à modifier leurs habitudes de conduite selon leur niveau de fonctionnement. Pour ce faire, la problématique rencontrée par les conducteurs âgés sera analysée. Puis, deux documents de promotion de la sécurité routière émis par la SAAQ, soit *La sécurité routière n'a pas d'âge* (2011a) et *Au volant de ma santé* (2011b) seront évalués à la lumière des résultats probants concernant les facteurs qui influencent les aînés à autoréguler leur conduite. Pour ce faire, la problématique sera d'abord exposée pour ensuite présenter le modèle conceptuel et la méthode utilisée. Les résultats obtenus suivront, de même qu'une discussion des résultats puis une conclusion.

## 2. PROBLÉMATIQUE

À mesure que les gens vieillissent, ils sont confrontés à plusieurs alternatives par rapport à leur conduite automobile (Unsworth, Wells, Browning, Thomas & Kendig, 2007, p. 424). Bien que la cessation de conduite représente une des options s'offrant à l'aîné, l'arrêt devrait être conceptualisé comme faisant partie d'un processus global d'autorégulation de la conduite qui survient avec le vieillissement (Lyman, McGwin et Sims, 2001, p. 414). Malheureusement, trop de conducteurs tardent à modifier leur conduite, ce qui peut les pousser à vivre une perte occupationnelle lorsque le retrait de leur permis de conduire leur est finalement imposé par la SAAQ. Cette transition imprévue peut mener non seulement à la perte du rôle de conducteur, mais également à l'interruption ou à l'abandon d'autres activités signifiantes auxquelles l'aîné se rendait en voiture, par exemple les loisirs assurant une participation sociale (Stav, 2008, p. 338). Un nombre important de conséquences négatives peut alors survenir. D'abord, un sentiment de frustration et d'isolement peut se répercuter en lien avec le bris de la routine existante (Classen, Winter & Lopez, 2009, p. 28). Aussi, le sentiment d'identité peut être affecté, ce qui peut amener un trouble émotionnel, tel que la dépression (Polatajko & coll., 2008, p. 66 et p. 67). À l'opposé, il est possible que plusieurs personnes se sentent poussées à arrêter de conduire bien qu'elles en aient encore la capacité. En effet, l'arrêt volontaire de conduire chez les aînés est souvent considéré par la société comme un comportement positif impliquant un bon jugement, sans que soient considérées les conséquences négatives possibles de cette cessation (Persson, 1993). Il est donc nécessaire que de l'aide soit fournie aux conducteurs âgés pour qu'ils puissent être en mesure de faire une transition par eux-mêmes vers un statut d'ex-

conducteur au moment opportun et d'une façon qu'ils jugent acceptable (Rudman & coll., 2006, p. 65).

Pour l'instant, il n'y a pas, dans la région de Trois-Rivières, de service offert en matière de promotion de la sécurité routière chez les aînés. On peut constater, en consultant le site web de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, que l'organisme ne s'est pas penché sur cette problématique bien qu'elle ait le mandat de veiller à la santé publique de tous. De plus, il est possible de remarquer sur la page web du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Trois-Rivières qu'aucun service de promotion de la sécurité routière n'est proposé. Quant à lui, le Centre de réadaptation InterVal ne fait aucune promotion de la sécurité routière, quoiqu'il offre le programme de conduite automobile à la population du secteur. Ainsi, une lacune s'avère présente relativement aux services offerts pour préparer les personnes âgées à modifier leur conduite à mesure qu'ils vieillissent.

Au Québec, les conducteurs âgés sont pris en charge par un ergothérapeute, seulement une fois que de graves atteintes sont suspectées et à la suite d'un long délai d'environ 4 à 6 mois sur une liste d'attente (délai au Centre de réadaptation InterVal) favorisant l'exacerbation de la problématique. L'évaluation fonctionnelle de l'aptitude à conduire mène très souvent à un test de conduite sur route qui est considéré comme un *gold standard*, en raison de l'acceptabilité du test par les clients (Stav, Hunt & Arbesman, 2006). Bien que l'administration de cette évaluation soit très utile pour recueillir une quantité importante d'informations quant à la performance réelle de la conduite (Stav & coll., 2006), certains risques importants y sont associés lorsque le

sujet a une atteinte trop sévère pour passer le test (Korner-Bitensky & Sofer, 2009, p. 200). Par exemple, la sécurité personnelle du client et celle de l'ergothérapeute peuvent être mises en péril, tout comme la sécurité de la population.

Alors qu'on pourrait s'attendre à ce que le rôle de promotion de la sécurité routière soit assumé par la famille du conducteur ou son médecin de famille, il apparaît que dans les faits ce n'est pas le cas (Rudman & coll., 2006, p. 70). Effectivement, les conducteurs âgés se disent eux-mêmes inquiets quant à la réticence pouvant pousser leurs proches ou les intervenants à fournir de la rétroaction en lien avec leur conduite à un stade trop tardif pour ne pas risquer d'influencer négativement la relation interpersonnelle ou thérapeutique (Rudman & coll., 2006, p. 70). De plus, la population générale, malheureusement pas assez sensibilisée au fait de modifier leur conduite avec l'âge, perçoit souvent à tort que la conduite d'une voiture constitue un droit que possède tout citoyen (OEQ, 2008, p. 30). Or, conduire ne constitue pas un droit, mais bien un privilège associé à de grandes responsabilités (SAAQ, 2012). Cette croyance que conduire demeure un droit ne facilite pas l'acceptation du retrait du permis de conduire ni la modification des habitudes de transport. Ainsi, certaines personnes, qui n'ont légalement plus le privilège de conduire leur voiture, vont tout de même continuer à circuler sur les voies publiques sans permis valide, mettant leur sécurité personnelle et celle des autres en jeu. Les aînés qui optent pour ce comportement ne sont pas d'accord quant à la décision prise sans leur implication, ne perçoivent pas que leur statut de santé ne leur permet plus de conduire ou ne peuvent pas accepter d'être dépendants d'autres personnes en matière de déplacements (Johnson, 2002, p. 242).

Étant donné que l'importance de continuer à conduire aussi longtemps que possible est bien établie (Rudman & coll., 2006, p. 71), il devient primordial de sensibiliser la clientèle de conducteurs âgés à l'ensemble des facteurs pouvant les amener à modifier leur conduite pour qu'ils puissent adapter leur conduite à mesure qu'ils vieillissent. Quand un conducteur âgé tarde à modifier sa conduite et que la SAAQ doit finalement lui retirer son permis, il vit un manque de contrôle quant à cette occupation, ce qui produit des résultats négatifs et néfastes sur sa santé (Polatajko & coll., 2008, p. 83). À l'opposé, l'aîné qui décide lui-même de modifier sa conduite risque alors de ressentir moins d'impacts psychologiques négatifs, car le choix est volontaire et actualisé sur des bases rationnelles. Les aînés peuvent prendre cette responsabilité, car ils sont capables de réguler leur propre comportement et il y a des preuves que la conduite change avec l'âge (Eberhard, 1996 cité dans Blanchard et Myers, 2010, p. 1213).

De plus, une stratégie à utiliser pour impliquer les aînés dans leur choix serait de discuter ouvertement de la situation avec eux malgré leurs possibles déficits cognitifs (Jett, Tappen & Rosselli, 2005, p. 114). Pour ce faire, l'utilisation de campagne d'information publique sur la sécurité routière pourrait favoriser la discussion constructive entre les personnes âgées, leur famille et leur médecin (Rudman & coll., 2006, p. 73). En fournissant de l'éducation au conducteur aîné et à son entourage quant aux facteurs qui doivent influencer sa prise de décision et aux services qui lui sont offerts dans la communauté, cela lui permet de faire un choix libre et éclairé qu'il risque de mieux accepter. En étant d'accord avec une telle option, il est probable et espéré que le conducteur, jugeant qu'il n'a plus les capacités pour conduire, ne

s'aventure pas dangereusement sur le réseau routier. De plus, une étude menée par De Raedt & Ponjaert-Kristoffersen (2000, p. 517) suggère que l'utilisation de stratégies d'autorégulation peut réduire le risque d'accident de la route chez des aînés en bonne santé. Ainsi, l'accès pour la personne âgée à de l'information sur la promotion de la sécurité routière favorise la sécurité publique des Québécois, tout en établissant un équilibre entre les droits de la population et les droits individuels des conducteurs âgés (ACE, 2009, p. 9). La population générale pourrait ainsi retirer des avantages d'une meilleure prise en charge des conducteurs aînés, comme une réduction du nombre d'accidents de la route. Pour assurer la santé et le bien-être des aînés et de la population, la promotion d'habitudes sécuritaires en matière de conduite automobile s'avère nécessaire (ACE, 2009, p. 10).

Malgré l'évidence qu'une promotion efficace de la sécurité routière chez les conducteurs aînés soit nécessaire, qu'est-ce qui justifie la place de l'ergothérapeute au sein de ce processus promotionnel? Le rôle de l'ergothérapeute en promotion de la sécurité routière s'avère pour le moins original et constitue un champ d'intérêt en émergence (OEQ, 2008, p. 32). La promotion de la conduite sécuritaire chez les aînés par le biais d'informations sur les habitudes, les politiques et les programmes constitue une priorité pour l'ACE, comme indiqué dans son plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés (ACE, 2009, p. 12). D'abord, l'approche de ce professionnel qui se veut centrée sur le client (Polatajko & coll., 2008, p. 113 et p. 114) facilite l'implication de l'aîné dans la prise de décision. En effet, en lui fournissant de l'éducation quant aux raisons qui pourraient l'amener à modifier sa conduite, la personne âgée va, dans la plupart des cas, être d'accord avec la nécessité

du changement apporté (Jett & coll., 2005, p. 113). Laisser du contrôle à la personne touchée en premier lieu par cette décision demeure capital. Aussi, l'ergothérapeute peut fournir un portrait global et holistique des constituants qui influencent ses choix par une analyse complète de son environnement, des composantes personnelles et de ses occupations. Comme l'activité de conduire s'avère complexe, elle requiert une évaluation et une analyse complètes de nombreuses habiletés physiques, perceptuelles et cognitives que l'ergothérapeute se trouve en mesure de réaliser. De plus, c'est le fonctionnement et la performance réelle de l'activité par cette clientèle saine dans son milieu naturel qui demeure l'intérêt de ce professionnel. En portant attention à l'ensemble des compétences professionnelles de l'ergothérapeute (ACE, 2007, p. 13), il est possible de constater que le rôle d'agent de changement explique clairement la responsabilité de l'ergothérapeute de promouvoir les possibilités, le rendement occupationnel ainsi que la participation occupationnelle de cette clientèle parfois vulnérable que constituent les personnes âgées. Il est donc de la responsabilité de l'ergothérapeute de plaider pour la population des aînés, qui vit des changements en lien avec le vieillissement, afin de promouvoir le maintien de leur activité de conduite le plus longtemps possible.

Malgré l'implantation d'un document judicieusement conçu par la SAAQ faisant la promotion de la sécurité routière chez les aînés, il demeure que ce document à lui seul n'est pas garant de son efficacité. En effet, le présent essai critique démontre certaines limites qui seront discutées pour donner suite aux résultats. Il est à prévoir qu'une méthode de diffusion efficace d'un tel document doit être mise sur pied afin de s'assurer de l'accessibilité de l'information à la clientèle cible. Ce n'est pas tout de

concevoir un document complet, il s'agit ensuite de s'assurer de sa transmission adéquate à la population. Aussi, il faut prendre en considération que malgré toutes les stratégies enseignées, ce ne sont pas tous les conducteurs qui vont adapter leur conduite (De Raedt & Ponjaert-Kristofferson, 2000, p. 521). Ainsi, la présente étude ne regarde qu'une facette du problème à résoudre dans un but de faire progresser les connaissances relatives à une stratégie efficace de promotion de la sécurité routière destinée aux aînés. Enfin, sans prétendre que les documents analysés seront généralisables aux autres clientèles, il n'en demeure pas moins qu'ils pourront être utiles à d'autres populations de conducteurs que les aînés puisque ces facteurs favorisent une meilleure sécurité routière.

Bref, l'importance pour les aînés de conduire malgré les changements dus au vieillissement peut porter atteinte à la sécurité routière de tous et c'est cette problématique qui a motivé le choix du sujet de cet essai. Il est donc primordial que les ergothérapeutes accomplissent leur rôle en promotion de la sécurité chez les conducteurs aînés afin que ceux-ci autorégulent leurs comportements. Ainsi, ils maintiendront le contrôle de leur décision en ayant toutes les informations nécessaires à un choix éclairé.

### 3. OBJECTIF

L'objectif de cet essai consiste à évaluer les deux documents de promotion de la sécurité routière de la SAAQ qui s'intitulent *La sécurité routière n'a pas d'âge* (SAAQ, 2011a) et *Au volant de ma santé* (SAAQ, 2011b) afin de vérifier s'ils tiennent compte de l'ensemble des facteurs pouvant influencer la prise de décision quant au changement d'habitudes de conduite chez cette clientèle. La question de recherche à laquelle répond cet essai s'énonce ainsi : est-ce que les documents de promotion de la sécurité routière élaborés par la SAAQ tiennent compte de tous les facteurs pouvant inciter les aînés à modifier leurs habitudes de conduite selon leur niveau de fonctionnement de façon à favoriser à la fois la sécurité publique ainsi que l'autonomie et le bien-être des personnes âgées? Bien entendu, la présence et le traitement satisfaisant, dans les documents étudiés, de tous ces éléments assureraient un choix éclairé de la part du conducteur vieillissant. Dans le cas contraire, quels éléments pourraient être ajoutés de façon à ce qu'ils contiennent et traitent suffisamment tous les constituants nécessaires à une bonne prise de décision? En somme, il s'agit de vérifier dans quelle mesure les documents promotionnels de la SAAQ considèrent l'ensemble des facteurs relatifs à l'autorégulation de la conduite automobile chez les aînés qui sont documentés dans la littérature actuelle émergeant des recherches réalisées dans ce domaine. Il s'agit aussi de proposer des bonifications de ces documents, le cas échéant. L'analyse critique de ces documents de promotion offre aux ergothérapeutes, par la même occasion, un accès privilégié aux résultats probants entourant cette problématique contemporaine.

#### **4. CADRE CONCEPTUEL**

Le matériel promotionnel est analysé à la lumière du « Modèle du processus d'autorégulation de la conduite avec la vieillesse » présenté par Rudman et ses collaborateurs (2006) qui est le plus récent modèle englobant les facteurs qui influencent la prise de décision quant à la conduite chez l'aîné. Ce modèle préliminaire détaille trois catégories de facteurs, soit intrapersonnels, interpersonnels et environnementaux, qui influencent le niveau de confort ressenti par la personne âgée et, par le fait même, sa décision de modifier sa conduite en lien avec les changements normaux dûs au vieillissement.

Celui-ci s'avère bonifié par les résultats probants qui sont maintenant disponibles en 2012. Au sujet des résultats probants, une recension des écrits a permis de relever que de nouveaux éléments pouvaient influencer l'autorégulation de la conduite. Ces nouvelles connaissances ne sont pas incluses dans le modèle de Rudman et ses collaborateurs. Les paragraphes qui suivent décrivent ces nouvelles connaissances.

Parmi les facteurs manquant au modèle de Rudman et ses collaborateurs qui ont été relevés se retrouvent des éléments liés à l'environnement. En effet, les croyances de l'environnement social en lien avec le genre du conducteur (Unsworth & coll., 2007, p. 430; Blanchard & Myers, 2010, p. 1218) ou en lien avec le fait que conduire n'est pas un droit, mais plutôt un privilège (OEQ, 2008, p. 30) influencent les habitudes de conduite des conducteurs aînés. Aussi, la composition des ménages

serait un élément entrant dans la prise de décision d'un conducteur (Donorfio, D'Ambrosio, Coughlin & Mohyde, 2009, p. 224). Effectivement, le fait d'avoir un conjoint (Hakamies-Blomqvist & Wahlstrom, 1998, p.308), que ce dernier soit disponible (Hakamies-Blomqvist & Siren, 2003, p. 386) et que l'aîné ne soit pas le conducteur principal de la maison (Charlton & coll., 2006, p. 372) favorisent un changement des comportements de conduite de la personne âgée. Évidemment, la réglementation québécoise en vigueur a été ajoutée pour présenter certaines lois. Entre autres sont abordés l'obligation, en vertu du code de la sécurité routière (Gouvernement du Québec, 2011), qu'ont les conducteurs à subir un examen médical à 75 ans, 80 ans puis aux deux ans, le droit de la SAAQ d'apposer une condition à un permis de conduire, leur droit de retirer le permis de conduire, et le droit des proches de dénoncer un conducteur à la SAAQ. Le devoir, en vertu de leur responsabilité civile, des intervenants, tels que l'ergothérapeute, de dénoncer une personne qui a été dépistée inapte à conduire y est aussi inclus (OEQ, 2005). Un autre élément influençant la prise de décision quant à la conduite qui n'est pas pris en considération dans le modèle de Rudman et ses collaborateurs (2006) est celui du coût lié à la possession, à l'utilisation et à l'entretien d'un véhicule (Hakamies-Blomqvist & Siren, 2003, p. 387; Unsworth & coll., 2006, p. 430). Aussi, le niveau de confort des passagers exprimé par ceux-ci ou ressenti par le conducteur constitue un item à prendre en considération, de même que les commentaires favorables d'un professionnel de la santé comme l'ergothérapeute relatifs aux changements d'habitudes de conduite (Hakamies-Blomqvist & Wahlstrom, 1998, p. 309).

Au sujet des occupations, d'autres éléments ont été ajoutés à la grille d'évaluation des documents (laquelle a été élaborée à partir de ce cadre conceptuel) pour la rendre plus complète. Les problèmes du fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD) viennent indiquer à l'aîné qu'il doit autoréguler sa conduite (Unsworth & coll., 2007, p. 429; Rimmo & Hakamies-Blomqvist, 2002, p. 59). Le fait d'être retraité permet également une flexibilité d'horaire favorable à l'utilisation d'autres méthodes de transport (Rimmo & Hakamies-Blomqvist, 2002, p. 60). Finalement, le fait de faire des erreurs lors de la performance de la conduite demeure un élément de plus à tenir en compte dans la prise de décision (Rimmo & Hakamies-Blomqvist, 2002, p. 59), au même titre que son historique de conduite, soit depuis combien de temps et à quelle fréquence l'aîné conduit (Hakamies-Blomqvist & Siren, 2003, p. 384).

Eu égard à la personne, des facteurs qui n'ont pas été mentionnés dans le modèle de référence méritent aussi d'être indiqués. Ainsi, des composantes comme la diminution de plaisir lors de la conduite, la timidité de déranger les proches en leur demandant de les transporter et l'intensité du désir d'indépendance participent à la prise de décision (Donorfio & coll., 2009, p. 224). Une condition dépressive (Siren, Hakamies-Blomqvist & Lindeman, 2004, p. 65) ou le niveau de surdité (Unsworth & coll., 2007, p. 427) doivent aussi être considérés.

Tous ces facteurs qui influencent la modification des habitudes de conduite chez les aînés ont ensuite été intégrés au modèle de Rudman et ses collaborateurs (2006). Puis, ils ont été classés et organisés dans une grille (se référer à l'annexe III) d'après

les concepts d'environnement, d'occupation et de personne contenus au Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P) (Polatajko & coll., 2008). L'analyse de ces concepts permet à l'ergothérapeute de comprendre quelles sont les interactions entre eux qui affectent le rendement ainsi que la participation occupationnelle du client dans les occupations qui lui sont significantes (Zhang, McCarthy & Craik, 2008). Ce modèle conceptuel a été choisi en lien avec la simplicité de ces concepts et la représentation globale qu'il donne du rendement à une occupation, soit la conduite automobile dans ce cas-ci.

Par ailleurs, l'accessibilité et les méthodes de promotion de matériel d'éducation au public semblent être des facteurs importants afin que des changements apparaissent chez la population ciblée, et donc que le matériel soit utile. À cet égard, les moyens de communications autres que les documents sont la télévision, la poste et Internet. Chaque méthode présente des avantages et inconvénients qu'il est primordial de prendre en considération en fonction de la clientèle cible à laquelle elle s'adresse. Par exemple, le haut taux d'analphabétisme présent chez les personnes âgées n'est pas à prendre à la légère. D'ailleurs, Statistique Canada (2006) explique qu'au total, plus de 80 % des aînés de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA) avaient une compréhension de textes suivis jugée inférieure au seuil souhaité pour pouvoir s'en tirer dans une société du savoir complexe.

En somme, le modèle de Rudman a été bonifié par les résultats probants et une grille d'analyse a été conçue qui inclut tous les facteurs contribuant à une

autorégulation de la conduite. Ces facteurs ont été classés dans la grille en suivant les catégories conceptuelles du MCRO-P.

## 5. MÉTHODE

### 5.1 Devis et analyse des documents

Afin d'évaluer les documents de promotion de la sécurité routière intitulés : *La sécurité routière n'a pas d'âge* (SAAQ, 2011a) et *Au volant de ma santé* (SAAQ, 2011b), un devis méthodologique d'analyse de matériel promotionnel (Paillé, 2007) est utilisé à la lumière du modèle conceptuel de Rudman et ses collaborateurs (2006) bonifié par les résultats probants, comme spécifié dans le cadre conceptuel. Il s'agit d'un devis permettant d'évaluer un matériel déjà constitué afin de repérer des éléments particuliers qui sont, dans ce cas-ci, les facteurs permettant l'autorégulation de la conduite chez l'aîné. Ce devis est aussi pertinent parce qu'il a été conçu spécifiquement pour la rédaction d'un essai critique de niveau maîtrise.

Pour ce faire, cinq étapes ont été réalisées. D'abord, le cadre conceptuel utilisé a été défini à la section précédente. À partir de celui-ci, une grille d'évaluation a été construite afin de vérifier la présence dans l'un ou l'autre des documents de promotion de la SAAQ de chacun des facteurs pouvant inciter les aînés à modifier leur conduite. Effectivement, les deux documents ont été analysés simultanément, selon l'hypothèse que l'accès aux deux documents devrait permettre aux conducteurs aînés de faire un choix éclairé concernant leur conduite. Les trois autres étapes sont relatives aux résultats. Les éléments d'informations des deux documents de la SAAQ ont été déconstruits pour ensuite être analysés de façon non seulement quantitative, mais également qualitative, et ce, à l'aide de la grille d'évaluation (en annexe III). En effet, l'évaluation des documents promotionnels est de nature quantitative lorsque chacun

des éléments est rapporté comme présent dans les documents, dans le document *La sécurité n'a pas d'âge* (document #1) seulement, dans le document *Au volant de ma santé* (document #2) seulement ou dans aucun des documents. Aussi, l'évaluation est qualitative, en ceci qu'il s'agit également d'évaluer la clarté et l'approfondissement des éléments d'information. Le matériel analysé a donc été évalué selon les critères établis basés sur une recension des écrits afin de rapporter quels sont les facteurs qui influencent la prise de décision et qui n'ont pas été abordés dans l'un ou l'autre des documents. Eu égard à la recension des écrits permettant d'identifier les facteurs contribuant à l'autorégulation de la conduite, plusieurs bases de données ont été consultées, soit CINAHL, Medline, PschINFO, Cochrane, Pubmed, OTseeker, en utilisant les mots-clés suivants : occupational therapy, aged, aging, automobile driving, driving behavior, drivers. Enfin, une analyse critique de l'évaluation du matériel suit dans la section discussion de cet essai afin de conclure quant à la présence (oui ou non) et l'approfondissement (satisfaisant ou insatisfaisant) de divers items abordés ainsi qu'à l'accessibilité et l'utilité des documents évalués.

## **5.2 Échantillon et collecte des documents**

Comme l'objectif de cet essai consiste à évaluer la présence et la suffisance de traitement de tous les facteurs susceptibles d'aider un conducteur âgé à modifier ses habitudes de conduite afin de promouvoir la sécurité routière, la présente méthode s'avère justifiée. Le cadre conceptuel utilisé y est lié pendant toute la démarche par l'entremise de la grille d'évaluation qui reprend les catégories conceptuelles du MCRO-P. Les deux documents de promotion de la SAAQ ont été sélectionnés comme objet

d'étude, car ils sont les publications les plus récentes de la société gouvernementale adressées aux conducteurs âgés sains. L'échantillonnage s'est donc effectué par choix raisonné, tout comme l'aurait fait un clinicien désireux de choisir les meilleurs documents de promotion de la sécurité routière pour son client âgé. Puisque l'étude se concentre à évaluer deux documents précis et qu'elle ne met pas en jeu des êtres humains, aucune certification éthique n'a dû être obtenue. La SAAQ a quant à elle été informée des démarches amorcées concernant l'évaluation de son matériel promotionnel par courriel et n'y a vu aucun inconvénient. Elle s'est d'ailleurs montrée intéressée à prendre connaissance des résultats de l'étude.

## 6. RÉSULTATS

D'abord, voici la description de chacun des deux documents promotionnels créés par la SAAQ. Le document #1, soit *La sécurité routière n'a pas d'âge* (SAAQ, 2011a), existe depuis 1991 selon les informations transmises par une conseillère à la sécurité routière consultée de la SAAQ. Anciennement, cette brochure était intitulée *Pas à pas vers la sécurité puis Pas d'âge pour la sécurité routière* et contenait une section de plus, soit celle portant sur « Les capacités affaiblies : le plus grand ennemi de la conduite ». La version de septembre 2011 comporte 36 pages. Elle est disponible en français et en anglais, et elle s'adresse entre autres aux aînés, mais aussi aux usagers de la route de tout âge. Cette brochure s'inscrit dans un continuum éducatif de sécurité routière et a pour but de suivre la personne à travers les âges, c'est-à-dire du nouveau-né (puisqu'on y parle de sièges d'automobiles) jusqu'à la personne âgée. Elle contient aussi des informations concernant la sécurité routière d'un piéton ou d'un cycliste et présente les différents panneaux de signalisation ainsi que leur signification. Selon la même conseillère en sécurité routière de la SAAQ, la brochure est distribuée au nombre d'environ 15 000 exemplaires par année dans les organismes, directement à certains aînés qui en font la demande par la poste et lorsque la SAAQ participe à des kiosques ou à des salons des générations. La brochure est aussi disponible à tous sur le site Internet de la SAAQ.

Quant au document #2 intitulé *Au volant de ma santé* (SAAQ, 2011b), toujours selon une conseillère de la SAAQ, il existe depuis 2008, mais a été modifié en 2011. Il s'adresse plus spécifiquement aux conducteurs aînés et a pour but de les sensibiliser à

propos du lien entre la santé et la conduite automobile, de même que de mettre à leur disposition des informations en lien avec la conduite sécuritaire d'un véhicule de promenade. Il est disponible en français et en anglais, et il contient 16 pages. Il est aussi disponible sur le site Internet de la SAAQ. Une particularité de ce document réside dans le fait que les deux dernières pages s'adressent aux proches des conducteurs âgés qui peuvent se sentir impuissants quant aux décisions de l'aîné. Un atelier interactif de sensibilisation portant le même nom que la brochure est donné au sein d'organismes communautaires et d'associations desservant une clientèle âgée de 50 ans et plus. Les thèmes qui y sont abordés sont principalement les mêmes que ceux de la brochure, soit les habiletés requises pour conduire, les changements pouvant être apportés à la conduite automobile et les solutions de rechange possibles. Les deux documents ont été choisis parce qu'ils sont les seuls à s'adresser à la clientèle des conducteurs âgés et à faire la promotion des facteurs à considérer dans la prise de décision relative à la modification de sa conduite avec l'âge.

La déconstruction des documents puis l'analyse du matériel à l'aide de la grille conçue à cette fin permettent de faire l'évaluation du contenu dans les deux documents. Voici l'évaluation qui a été réalisée (se référer à l'annexe III pour un résumé des résultats).

### **6.1 Éléments présents dans les deux documents**

Premièrement, il est possible de constater que plusieurs éléments sont présents dans les deux documents. Au sujet de l'environnement, les risques entourant l'environnement physique (comme la circulation sur une autoroute, le trafic, la

luminosité trop intense ou réduite et le type de voiture utilisé) sont abordés. Dans le document #1, il est spécifié à la page 9 que les rayons du soleil peuvent aveugler un conducteur. De fait, une intensité trop grande de lumière pendant le jour peut nuire au même titre que l'aveuglement par les phares des autres voitures le soir. Il y est également indiqué que l'état du véhicule a aussi une influence pour aider le conducteur à se sentir en pleine possession de ses moyens. Dans le document #2, il a été choisi d'axer davantage sur les particularités du véhicule comme son type de transmission et les équipements électriques qui peuvent être aidants. La disponibilité des transports alternatifs se trouve aussi abordée de façon complète dans les deux documents, soit en proposant le covoiturage, le transport en commun, le taxi, le transport adapté ou les services d'accompagnement offerts par les organismes ou les proches. De plus, les croyances de l'environnement social quant au fait que conduire n'est pas un droit, mais bien un privilège, sont bien mises de l'avant par les deux documents. La réglementation imposée par le système politique en place est aussi détaillée dans chacune des brochures, mais de façon plus complète et détaillée dans le document #2. En effet, ce dernier rapporte des éléments non abordés dans le premier. Par exemple, le document #1 indique qu'il est possible qu'une personne se fasse apposer une condition à son permis de conduire, qu'elle puisse aussi se le faire retirer par la SAAQ et que les proches peuvent faire une déclaration à la SAAQ, s'ils doutent des capacités d'un conducteur. Cependant, les deux documents traitent de l'obligation de déclarer tout changement de santé à la SAAQ et de passer un examen médical à 75 ans, 80 ans, puis tous les deux ans par la suite. Les commentaires et les rétroactions du médecin et de la famille sont présentés dans les deux documents comme étant des facteurs à prendre en compte dans la prise de décision d'un conducteur aîné. On y incite la

personne âgée à discuter avec ses proches et son médecin de famille au sujet du doute relatif à ses capacités de conduire de façon sécuritaire pour elle et pour autrui. Le document #2 est plus complet, notamment il conseille également d'aller chercher l'avis d'autres professionnels, tels que le médecin spécialiste, l'optométriste et l'ergothérapeute.

Maintenant, au sujet de l'occupation, la promotion des bonnes habitudes de vie est abordée (faire de l'exercice physique pour maintenir la forme, consulter régulièrement son médecin pour faire un bilan de santé, etc.) dans les deux documents, mais, de façon beaucoup plus détaillée dans le document #2. En effet, on y parle en outre à la page 6 de l'importance de respecter la posologie de sa médication, de ne pas consommer d'alcool, de ne pas fumer, de bien manger, d'avoir un bon sommeil et de faire des exercices afin de stimuler le cerveau. Pour ce qui est des habitudes de conduite, plusieurs aspects sont traités dans les deux documents, soit l'importance de planifier le trajet à effectuer (pour ne pas se perdre et ne pas emprunter d'autoroutes), d'éviter les heures de pointes et de ne pas conduire la nuit ou lors de mauvais temps. Le document #2 est cependant beaucoup plus détaillé. Notamment, il mentionne l'importance de ne pas conduire lorsqu'on ne se sent pas bien ou après avoir pris une médication engendrant la somnolence ainsi que de prendre l'habitude d'avoir un passager pour aider lors de la conduite. Le document rapporte quant à l'importance d'estimer le nombre de kilomètres parcourus pour réfléchir à la possibilité de le réduire et admet que la conduite fait partie de la routine de vie des gens et leur permet de se rendre à leurs activités. Les deux documents abordent également le nombre d'accidents ou d'accrochages, mais le document #2 mentionne aussi que le fait de

passer près d'avoir un accident en s'arrêtant au dernier moment à un arrêt ou en se faisant klaxonner peut être un élément favorisant le changement des habitudes. Dans ces cas, on suggère aussi au conducteur des cours de rafraichissement, mais il est plus explicite dans le document #2 qu'il s'agit de revoir les connaissances et les techniques complètes de conduite, alors qu'il s'agit seulement de rafraichir les connaissances quant aux panneaux de signalisation dans le document #1. Puis, les deux documents rappellent au conducteur qu'il est possible que l'aîné ait éventuellement à arrêter de conduire, malgré la prise de bonnes habitudes. Il est donc nécessaire que la personne se prépare à cette transition pour éviter que celle-ci soit vécue comme une perte.

Au sujet de la personne, les documents s'entendent pour dire que la signification et l'importance accordée à l'activité de conduire entrent en jeu au moment de décider d'autoréguler sa conduite. Le degré de contrôle ressenti par le conducteur quant à sa décision est aussi abordé dans les deux documents qui indiquent l'importance de laisser la personne décider. Les changements perçus par la personne sur le plan de sa condition affective (qui peuvent être pris en compte comme facteur influençant la modification de conduite) sont décrits brièvement dans le document #1 en lien avec l'anxiété vécue, alors qu'ils sont plus détaillés dans l'autre document quant à la dépression, l'isolement et les comportements au volant. Les changements sur le plan de la condition physique, tel qu'ils sont perçus par la personne, sont toutefois mieux décrits dans le document #1 qui mentionne les problèmes de surdité, en plus des problèmes de vision et des problèmes musculo-squelettiques mentionnés dans les deux documents. Les modifications relatives à la condition cognitive, telles que perçues

par la personne, sont bien détaillées dans les deux documents eu égard à la mémoire, à l'attention et au jugement. La capacité d'autorégulation de la conduite s'avère aussi bien détaillée pour justifier l'importance de se poser des questions afin de voir si un doute s'installe quant aux capacités de conduite. Enfin, la méconnaissance des panneaux de signalisation routière se trouve abordée dans les deux documents, mais de façon beaucoup plus complète dans le document #1 où une section s'avère complètement consacrée à ce sujet.

## **6.2 Éléments présents dans le document #1 seulement**

Deuxièmement, certains éléments sont présents seulement dans le document #1. Au sujet de l'environnement, les croyances de l'environnement social en lien avec l'âge, comme la conviction qu'il faut arrêter de conduire à ses 75 ans, y sont très bien décrites. On y indique très clairement que conduire n'est pas une question d'âge. Au sujet de la personne, le document inclut le degré de confort et de confiance du conducteur comme un élément à prendre en considération pour autoréguler sa conduite. Les notions de stress et d'inconfort sont amenées pour illustrer ce concept. La diminution de plaisir lors de la conduite y est aussi incluse et est rapportée (comme le côté dérangeant de certains comportements d'autres conducteurs sur la route). Aussi, on y aborde certaines conditions médicales particulières, telles que le diabète, l'hypertension, les étourdissements et certaines maladies oculaires qui peuvent venir interférer avec la capacité d'un aîné à conduire.

### **6.3 Éléments présents dans le document #2 seulement**

Troisièmement, d'autres éléments sont présents seulement dans le document #2. Au sujet de l'environnement, la proximité des services et des activités quant au lieu de résidence de la personne est prise en compte pour inciter à des solutions de rechange quant à la conduite. À cette fin, une distinction entre vivre dans un milieu rural ou urbain est aussi établie, de même que la possibilité de déménager vers un milieu plus urbain. Aussi, le niveau de confort et de confiance des passagers est pris en considération comme élément permettant de faire une autorégulation de ses habitudes de conduite. De plus, l'accent est mis sur la possibilité de mettre non seulement sa sécurité, mais celle des autres en danger afin de favoriser la réflexion chez l'aîné. Au sujet de la personne, le désir d'indépendance est nommé lorsqu'il est mentionné que l'arrêt de conduire peut entraîner le sentiment de ne plus participer à la vie sociale.

## **7. DISCUSSION**

En guise de discussion, une analyse critique des documents est réalisée. Cette démarche permettra en premier lieu de statuer quant à la présence et l'approfondissement (plus ou moins satisfaisant) des divers items qui sont abordés dans au moins un des deux documents, puis de suggérer des moyens afin d'intégrer les éléments absents des deux documents. Aussi, l'importance de l'accessibilité de tels documents, de même que leur utilité sont discutées.

### **7.1 Analyse de la présence et de l'approfondissement des thèmes contenus dans au moins un des deux documents promotionnels**

L'analyse de ces deux documents de promotion de la sécurité routière créés par la SAAQ permet de se rendre compte qu'ils sont différents, mais assez complémentaires l'un de l'autre. Alors que le document #1 s'adresse à un public plus large qui inclut une clientèle de tout âge y compris les cyclistes et les piétons (en plus des conducteurs), le document #2 est destiné spécifiquement aux conducteurs et comporte une section adressée aux proches et à la famille du conducteur âgé. Parfois, des facteurs influençant la prise de décision des conducteurs sont présents seulement dans l'un ou l'autre des documents, ce qui ne pose pas vraiment problème. En effet, il est considéré qu'un conducteur aîné peut avoir accès aux deux documents et que c'est donc l'ensemble des facteurs compris dans ceux-ci qui doivent s'y retrouver.

Certains facteurs sont abordés et approfondis de façon satisfaisante dans les deux documents. C'est en effet le cas pour les risques de l'environnement physique, la

disponibilité des transports alternatifs ainsi que les croyances de l'environnement, en lien avec le fait que conduire n'est pas un droit, mais bien un privilège. Au sujet de l'occupation, les deux documents rappellent à l'aîné de façon satisfaisante qu'il est possible que ce dernier ait éventuellement à arrêter de conduire, en dépit de la prise de bonnes habitudes. Puis, au sujet de la personne, la signification et l'importance accordée à l'activité de conduire, ainsi que le degré de contrôle ressenti par le conducteur quant aux décisions au sujet de sa conduite sont des éléments abordés de façon satisfaisante dans les deux documents. C'est également le cas lorsque les modifications relatives à la condition cognitive sont discutées et que la capacité d'autorégulation de la conduite est traitée.

D'autres facteurs sont quant à eux abordés de façon satisfaisante dans le document #1, alors qu'ils le sont de façon moins satisfaisante dans le document #2. Au sujet de la personne, c'est le cas pour les changements qui sont abordés sur le plan de la condition physique et qui influencent l'autorégulation de la conduite. Il en est de même pour l'élément de la méconnaissance des panneaux de signalisation dont le document #1 consacre quatre pages complètes de façon à approfondir de manière plus satisfaisante le sujet somme toute pertinent.

À l'opposé, d'autres éléments sont abordés de façon plus satisfaisante dans le document #2, ce qui n'est pas surprenant puisque ce dernier s'adresse plus spécifiquement à la clientèle ciblée dans cet essai, soit les conducteurs âgés de plus de 65 ans. Au sujet de l'environnement, la réglementation imposée par le système politique en place ainsi que l'impact des commentaires et des rétroactions du médecin

ainsi que ceux de la famille sont élaborés de façon approfondie dans le document #2. Au sujet de l'occupation, ce document rapporte de façon beaucoup plus satisfaisante la promotion des bonnes habitudes de vie et des bonnes habitudes de conduite. Aussi, il aborde de façon satisfaisante le nombre d'accidents qui demeure un facteur favorisant le changement d'habitudes de conduite et justifie davantage l'importance de prendre des cours de rafraîchissement lorsque le besoin se fait sentir. Enfin, au sujet de la personne, les changements qu'elle perçoit au plan affectif, tels que la dépression et l'isolement, sont bien définis.

## **7.2 Éléments absents des deux documents**

À la lumière de ces résultats, certains éléments ne se retrouvent pas dans l'un comme dans l'autre des documents, ce qui peut nuire au conducteur âgé qui ne possède alors pas toute l'information complète pour prendre une décision libre et éclairée. Ces facteurs doivent être ajoutés pour donner toutes les informations pertinentes et nécessaires à l'aîné pour sa prise de décision.

Au sujet de l'environnement, les croyances de l'environnement social en lien avec le genre, soit la conviction que l'homme doit conduire la femme, ne sont pas mentionnées, mais influencent pourtant la décision d'un conducteur de modifier ses habitudes de conduite (Rimmö & Hakamies-Blomqvist, 2002, p. 59; Unsworth & coll., 2007, p. 430). Cet élément pourrait être ajouté à la page 15 du document #1 où les croyances en lien avec l'âge sont déjà mentionnées et ainsi expliquer que les femmes ont généralement plus tendance à autoréguler leurs comportements de conduite que les hommes en vieillissant, ce qui favorise une conduite sécuritaire (Rimmö &

Hakamies-Blomqvist, 2002, p. 59). Aussi, la composition des ménages, soit le fait d'avoir ou non un conjoint, qu'il soit disponible ou pas et le fait d'être le conducteur principal de la maison, sont aussi des facteurs qui ne sont pas pris en considération dans les deux documents (Charlton & coll., 2006, p. 372; Donorfio & coll., p. 224; Hakamies-Blomqvist & Wahlstrom, 1998, p. 308; Hakamies-Blomqvist & Siren, 2003, p. 386). Ces éléments devraient donc se retrouver dans le document #2 à la page 9 par exemple, dans la section « Solutions de rechange possibles à sa propre conduite ». De plus, les ressources financières ne sont pas tenues en compte pour illustrer les coûts importants reliés à la possession, à l'utilisation et à l'entretien d'un véhicule, de façon à favoriser l'utilisation de moyens de transport alternatifs (Hakamies-Blomqvist & Siren, 2003, p. 387; Unsworth & coll., 2006, p. 430). Ces derniers devraient être mentionnés à la section des solutions de rechange possibles à la conduite du document #2 en page 9.

Au sujet de l'occupation, le degré de fonctionnement dans les autres occupations n'est pas abordé, bien qu'il soit démontré que les dépendances aux AVQ et aux AVD constituent des signaux d'alarme pour se questionner au sujet de sa conduite (Rimmo & Hakamies-Blomqvist, 2002, p. 59; Unsworth & coll., 2007, p. 429). La section du document #2 qui aborde les bonnes habitudes de vie (p. 6) pourrait être appropriée afin d'inclure l'importance d'être à l'écoute de ces signaux. Aussi, le fait d'être à la retraite ou d'avoir un horaire plus flexible permet aux aînés d'utiliser avec plus de facilité les transports en commun comme alternative à la conduite (Rimmo & Hakamies-Blomqvist, 2002, p. 60), mais ce facteur n'est pas inclus dans les documents. Il serait pourtant possible qu'il le soit à la page 28 du document #1 ou dans

la section « Changez vos habitudes de conduite » du document #2 à la page 7, en indiquant aux conducteurs âgés qu'ils peuvent se permettre de planifier leur trajet en dehors des heures de pointe (puisque leur horaire est souvent flexible). Le nombre d'années d'expérience de conduite ainsi que la fréquence de conduite constituent, du point de vue de l'historique de conduite, des facteurs à considérer lorsque vient le temps d'autoréguler sa conduite (Hakamies-Blomqvist & Siren, 2003, p. 384), tout comme le fait de recevoir des contraventions. Il serait possible que ces éléments soient abordés de façon satisfaisante à la section « Place à la réflexion » du document #1 en page 30 qui incite les aînés à faire une autocritique de leur conduite. Ainsi, l'élément de l'expérience de conduite par opposition au déclin de certaines capacités pourrait être amené en réflexion. Également, le fait d'être distrait en conduisant lorsqu'on fait plusieurs tâches à la fois (comme parler au téléphone, fumer, parler au passager, manger, écouter la radio, mettre de la musique, etc.) demeure un élément qui influence le changement d'habitudes et qui aurait dû être pris en compte dans les documents (Thompson, Johnson, Emerson, Dawson, Boer & Rizzo, 2012, p. 711). La section du document #1 en page 22, qui aborde les différents équipements dont est pourvue une voiture ainsi que les habitudes pouvant être prises pour s'y sentir à l'aise, pourrait mentionner que le fait de prendre le temps de faire les différents réglages des équipements ou toute autre tâche avant de s'adonner à la conduite favorise une meilleure sécurité routière. Bien qu'il apparaisse que dans la plupart des cas la présence d'un passager avec un conducteur aîné est bénéfique pour éviter les erreurs (Bédard & Meyers, 2004, p. 209), elle peut être une grande source de distraction qui peut placer le conducteur aîné à risque d'accidents.

Au sujet de la personne, les deux documents de promotion de la sécurité routière ont aussi omis certains facteurs à prendre en considération, comme la timidité pouvant être ressentie à déranger un proche pour lui demander de faire du covoiturage (Donorfio & coll., 2009, p. 224). L'information pourrait être transmise aux conducteurs aînés dans le document #1 en page à la section qui rapporte comment la mobilité est possible sans automobile, ou dans le document #2 en page 9 où les solutions de rechange à la conduite sont abordées. Enfin, on ne parle pas de conditions médicales touchant la cognition, comme les différents types de démence qui pourraient interférer avec la capacité d'un aîné à conduire, cependant cette affirmation demeure controversée. Quoique les personnes atteintes de démence modérée à sévère soient souvent considérées comme inaptes à conduire, d'autres individus se situant à des stades moins sévères de la maladie pourraient conduire prudemment pendant une certaine période de temps à la suite de l'apparition des premiers symptômes (Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine position statement driving and dementia, 2010, p. 137). Ainsi, il devrait être ajouté à l'un ou l'autre des documents (document #1 en page 15 ou document #2, pages 4) que la détérioration de la condition cognitive doit être un signal d'alarme qui doit pousser la personne et son réseau à réfléchir quant aux comportements de conduite. Ces documents pourraient aussi contenir un mini test, objectivable à l'aide d'un score total, leur permettant de savoir s'il est temps pour eux d'autoréguler leur conduire, voire même d'arrêter de conduire.

### **7.3 Accessibilité**

Par contre, malgré l'intégration des facteurs manquants à l'un ou à l'autre des documents, encore faut-il que ces documents soient disponibles et accessibles aux

conducteurs âgés. Aussi parfaits que puissent être ces documents, ils ne pourraient être en mesure d'assurer une meilleure sécurité routière dans le cas où ils seraient mal transmis à la population âgée ou que celle-ci ne soit pas à même de les comprendre ou encore d'adhérer aux recommandations.

Plusieurs moyens de communication sont disponibles pour rendre un contenu à une clientèle cible, mais il est nécessaire de se questionner quant à la meilleure méthode à choisir. D'abord, la poste est déjà utilisée par la SAAQ pour envoyer du matériel. Cependant, 44 % de ce qui est reçu par la poste n'est pas développé (The Guardian, cité dans Blue Glass, 2012). Bien que le matériel peut risquer de ne pas être lu, ce mode de transmission peut permettre à une personne de prendre le temps de lire un document, au moment qui lui semble le plus opportun. Il n'en demeure pas moins qu'un grand pourcentage de la population québécoise de plus de 65 ans a de grandes difficultés à comprendre un texte. En effet, c'est chez les personnes de 66 ans et plus que se retrouvent les plus bas résultats moyens en terme de compréhension de texte, tel qu'étudié lors de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA) (Institut de la statistique Québec, 2003, p. 5). La fondation pour l'alphabétisation affirme, sur son site web, que selon la même enquête, 49 % des adultes âgés de 16 à 65 ans ont des difficultés de lecture, dont 800 000 seraient analphabètes. On peut donc dire que le nombre de personnes analphabètes au Québec est encore bien plus élevé, si l'on inclut les personnes de plus de 65 ans, ce qui rend plus difficile la transmission d'informations par l'entremise de documents.

La télévision est aussi un autre moyen efficace pour rejoindre les personnes âgées qui ont plus de temps pour s'adonner à ce type de loisir. Ceux-ci l'écoutent plus souvent, soit pendant une période de 1,2 heures de plus par jour que le reste de la population (Statistique Canada, 2006, p. 221). Des émissions, comme *Les Docteurs*, émission qui est diffusée à Radio-Canada du lundi au samedi à 16 h, sont un excellent moyen de faire connaître le contenu des documents de promotion de la sécurité routière. Cependant, il peut être coûteux de diffuser ce contenu et le conducteur âgé ne peut pas réécouter l'émission déjà distribuée par un autre moyen qu'Internet. L'utilisation d'une annonce publicitaire quant à elle peut aussi s'avérer très coûteuse et peu efficace puisque 86 % des gens ne regardent pas les publicités pendant les pauses (The Guardian, cité dans Blue Glass, 2012), et l'on peut imaginer qu'il s'agit du même phénomène pour la radio. De toute façon, il s'avère moins pertinent de prendre une aussi courte période de temps pour exposer un contenu d'une envergure aussi grande.

Les ateliers de sensibilisation, tels que rendus disponibles par la SAAQ concernant le document de promotion *Au volant de ma santé* (2011b), semblent un moyen beaucoup plus efficace pour rejoindre les personnes concernées. Ils offrent une occasion de discussion et de réflexion que les personnes âgées ne prennent pas nécessairement le temps de faire, mais sont disponibles à un nombre réduit de participants. Le matériel distribué en format papier dans les différents CSSS est plus accessible, quoi qu'une proportion restreinte des conducteurs âgés y ait à faire. Des endroits plus fréquentés par ceux-ci pourraient alors être ciblés, comme les centres d'achats où des kiosques pourraient être montés à leur attention. En se déplaçant

directement dans la communauté, le partage des informations est alors favorisé au sein des conducteurs âgés, ce qui augmente la diffusion des informations.

Finalement, Internet est aussi un excellent moyen de diffusion qui demeure peu utilisé auprès de personnes âgées actuelles, mais dont l'utilisation est en hausse. Effectivement, le pourcentage des ménages, dont le chef est un aîné, qui ont un ordinateur à la maison est passé de 3.4 % à 22.7 % entre 1990 et 2003 (Statistique Canada, 2006, p. 227). L'utilisation d'Internet a augmenté de façon importante chez les 65 à 74 ans en passant de 11 % en 2000 à 28 % en 2003. Les pourcentages d'augmentation de l'utilisation du courrier électronique sont semblables aux précédents chez cette même population, puis ont une tendance à la hausse chez les personnes âgées de plus de 75 ans, mais de façon moins marquée (Statistique Canada, 2006, p. 227). Statistique Canada (2006) explique aussi que le niveau de scolarité semble relié à l'utilisation d'Internet chez les aînés et qu'il existe des écarts considérables entre les sexes chez les utilisateurs aînés d'Internet. Il est ainsi possible d'anticiper que ce moyen de communication sera dans quelques années une des meilleures méthodes afin de rendre accessibles les facteurs qui influencent l'autorégulation de la conduite chez les aînés, puisque les baby-boomers qui ont un niveau de scolarité plus élevé auront 65 ans (Statistique Canada, 2006, p. 114). C'est pourquoi une révision des méthodes de transmission des documents de promotion qui ont été analysés devra être réalisée de façon périodique pour adapter le mode de diffusion à la population des personnes âgées.

#### 7.4 Utilité

De cette façon, il est souhaité que le conducteur âgé soit en mesure d'autoréguler ses comportements relatifs à la conduite pour que cela contribue à la sécurité routière sur les voies de circulation. Malheureusement, il est bien réel que 19.5 % de conducteurs âgés de plus de 65 ans ont été impliqués dans un accident qui leur a causé la mort en 2010 (SAAQ, Bilan routier 2010, p. 12). Bien que la santé physique fragile joue un rôle dans l'importance du nombre de décès lors d'un accident chez une personne âgée, ce n'est pas le seul facteur qui explique l'importante proportion de collisions mortelles chez les personnes de cette tranche d'âge, d'autant plus que les aînés conduisent moins (Evans, 2000, p. 321). Les personnes âgées sont plus impliquées dans certains types d'accidents, comme les accrochages à une intersection, les collisions latérales qui concernent l'angle mort ainsi que les incidents lors d'un virage à gauche (Mayhew, Simpson, & Ferguson, 2006, p. 121).

Ainsi, en dépit de la diffusion d'un matériel promotionnel le plus complet possible selon un moyen de communication accessible à la population, il n'en demeure pas moins que certains conducteurs âgés ne seront pas en mesure d'autoréguler leurs comportements de conduite, ce qui constitue une limite importante de l'étude (De Raedt & Ponjaert-Kristofferson, 2000, p. 521). La capacité réduite de traitement de l'information des aînés les rend moins efficaces à surveiller leur propre performance (Rabbitt, 1990). En effet, le jugement des conducteurs apparaît comme un élément crucial permettant de faire une autocritique juste de leurs capacités (Charlton & coll., 2006, p. 364). Il est donc utopique de penser que toutes les personnes âgées sont en mesure de s'autoréguler grâce à des documents de promotion de la sécurité routière.

Par contre, lorsque les conducteurs âgés deviennent conscients de leurs problèmes à la suite d'un auto-dépistage, il est alors démontré qu'ils autorégulent mieux leur conduite, ce qui justifie l'utilité pour les conducteurs âgés de consulter des documents de promotion tels que ceux analysés (Holland & Rabbitt, 1992, p. 228). Il n'en demeure pas moins que les autres méthodes qui laissent moins de contrôle à la personne âgée, comme la déclaration d'un proche à la SAAQ ou l'obligation de passer un examen médical à partir d'un certain âge, apparaissent tout de même nécessaires à la sécurité routière du réseau. De plus, il est primordial de commencer tôt la sensibilisation des conducteurs adultes au fait qu'ils devront possiblement modifier leurs habitudes de conduite pendant que ceux-ci sont plus sensibles et critiques face à tous les premiers signes de vieillissement (Holland & Rabbitt, 1992, p. 229).

Même en utilisant une grande variété de moyens de communication qui possèdent chacun leurs avantages et leurs limites, il n'en demeure pas moins que la famille a un grand rôle à jouer auprès du conducteur âgé. Comme la valeur de l'autonomie prédomine grandement dans la société québécoise, elle a orienté la politique *Chez soi : premier choix* qui est fondée sur la reconnaissance de l'engagement des proches aidants (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec [MSSS], 2003, p. 3). Ainsi, les proches et la famille ont un rôle important à jouer pour s'impliquer auprès de l'âiné afin de promouvoir son autonomie. Le matériel doit donc s'adresser aussi à eux, comme le fait très bien le document #2 en incluant une section spécialement dédiée aux conjoints et à la famille. Certains conducteurs âgés sont plus sensibles à la rétroaction quant à l'habileté de conduire donnée par le

conjoint, alors que d'autres le sont davantage quand elle est donnée par les enfants (Rudman & coll., 2006, p. 70).

### **7.5 Conséquences pour l'ergothérapie**

Malgré tout, les résultats de cet essai démontrent qu'il est important que l'ergothérapeute garde en tête que l'aîné est capable de s'autoréguler. En effet, plusieurs études répertoriées ont pu le démontrer. Ainsi, il peut être efficace de miser d'abord sur l'enseignement des facteurs à considérer afin de prendre une décision éclairée quant à la conduite automobile avant de mettre en place des mesures restrictives face au client. De cette façon, l'ergothérapeute pourra percevoir son rôle auprès du conducteur âgé comme plus aidant et centré sur le client que lorsqu'il suggère le retrait ou l'application d'une condition au permis de conduire. À l'inverse, on peut penser que le client sera plus enclin à apprécier l'intervention réalisée par son ergothérapeute.

### **7.6 Limites de l'étude**

Malgré les forces de cet essai, notamment sa pertinence scientifique, professionnelle et sociale, celui-ci démontre toutefois des limites. La recension des écrits ayant servi à bonifier le modèle conceptuel de l'essai s'est seulement effectuée sur un nombre de bases de données limité, et ce, en langue française et anglaise uniquement. En effet, six bases de données ont été consultées, tel que spécifié à la section portant sur la méthode de cette étude (voir l'annexe II). De plus, il s'agit d'une

étude locale qui ne compare pas les documents analysés avec d'autres publiés dans le Canada, ce qui pourrait être intéressant dans le cadre de recherches futures.

## 8. CONCLUSION

En conclusion, le présent essai a introduit et présenté la problématique vécue par les personnes âgées qui souhaitent continuer de conduire malgré les changements dus au vieillissement auxquels ils sont confrontés. L'importance de la promotion de la sécurité routière a été bien démontrée chez cette clientèle dans le but qu'elle soit en mesure d'autoréguler sa conduite afin garder ainsi le contrôle de sa décision, voire de sa vie. Le présent essai critique a donc consisté à évaluer les deux documents de promotion de la sécurité routière de la SAAQ qui s'intitulent *La sécurité routière n'a pas d'âge* (document #1) et *Au volant de ma santé* (document #2), lesquels sont adressés à des personnes âgées de 65 ans et plus (SAAQ, 2011), et ce, afin de vérifier s'ils tiennent compte de l'ensemble des facteurs pouvant influencer la prise de décision quant au changement des habitudes de conduite chez l'aîné. Le modèle de Rudman et ses collaborateurs (2006), bonifié par les résultats probants, constitue le cadre conceptuel sur lequel s'appuie l'ensemble de l'essai dont la méthode est une analyse de matériels promotionnels. Les résultats ont permis de révéler qu'une majorité de facteurs sont inclus de façon satisfaisante dans l'un ou l'autre des documents, alors que certains facteurs sont mentionnés dans un seul document seulement ou sont carrément absents. Les facteurs absents doivent être ajoutés aux documents afin d'assurer la sécurité routière de tous et de chacun sur nos routes.

Pour les recherches futures, il apparaîtrait pertinent de déterminer quels types de personnes âgées sont plus résistantes à faire l'autorégulation de leurs comportements de conduite afin de trouver des méthodes pour mieux les rejoindre et

leur faire comprendre l'importance de ces changements. Les chercheurs devront aussi se pencher dans le futur sur un travail d'équipe entre différents acteurs de plusieurs disciplines pour prendre en considération les avancées technologiques, de même que l'avancement de l'utilisation des technologies par les personnes âgées. De cette façon, il pourra être possible de trouver la meilleure solution à une transmission efficace de matériels promotionnels. De plus, il semble y avoir un besoin criant de reconsidérer les pratiques ergothérapeutiques en lien avec l'importance d'intégrer de l'enseignement quant à la promotion de la santé, non seulement eu égard à la sécurité routière, mais concernant aussi les autres déterminants de la santé. Alors qu'une grande majorité des allocations budgétaires sont octroyées aux soins curatifs, il est primordial de se questionner au sujet des avantages de laisser plus de place aux actions préventives sur une base populationnelle (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2008, p.13). Comme ergothérapeute, il est maintenant temps de prendre un rôle différent de celui qui est actuellement effectué sur une base ponctuelle lors de l'évaluation menant au retrait du permis de conduire (Collard, 2012). Un rôle en promotion de la sécurité routière pourra être perçu comme plus aidant envers les conducteurs âgés, alors que de la rétroaction et des recommandations leur seront donnés pour qu'ils aient davantage confiance en leurs capacités de conduite et puissent jouir le plus longtemps possible de cette occupation signifiante qui permet la réalisation de plusieurs autres occupations porteuse de sens pour la personne âgée.

## RÉFÉRENCES

Association canadienne d'ergothérapie. (2007). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Ottawa, ACE Publications CAOT, 33 p.

Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). *Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés*. Ottawa, CAOT Publications ACE, 13 p.

Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Recommandations pour les clients qui peuvent continuer à conduire en toute sécurité*. [http://www.securitedesconducteursages.ca/professionnel/strategies\\_dintervention/index.html](http://www.securitedesconducteursages.ca/professionnel/strategies_dintervention/index.html)

Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine position statement driving and dementia. (2010). *Australian Journal On Ageing*, 29(3), 137-141.

Bédard, M., & Meyers, J. (2004). The influence of passengers on older drivers involved in fatal crashes. *Experimental Aging Research*, 30(2), 205-215.

Blanchard, R. A. & Myers, A. M. (2010). Examination of driving comfort and self-regulatory practices in older adults using in-vehicle devices to assess natural driving patterns. *Accident Analysis and Prevention*, 42(4), 1213-1219.

Blue Glass. (2012). *Inbound Marketing Rising*. <http://www.blueglass.com/infographics/inbound-marketing-rising-infographic/>

Canadian Study of Health Aging Working Group, 1994. *Can. Med. Assoc. J.* 150, p.899–913.

Centre de réadaptation Interval. (2012). *Programme de conduite automobile*. [http://www.centreinterval.qc.ca/fr/programmes/conduite\\_auto.asp](http://www.centreinterval.qc.ca/fr/programmes/conduite_auto.asp)

Centre de santé et services sociaux de Trois-Rivières. (2012). <http://www.cssstr.qc.ca/>

- Charlton, J. L., Oxley, J., Fildes, B., Oxley, P., Newstead, S., Koppel, S. & O'Hare, M. (2006). Characteristics of older drivers who adopt self-regulatory driving behaviours. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 9(5), 363-373.
- Classen, S., Winter, S. & Lopez, E. D. S. (2009). Meta-synthesis of qualitative studies on older driver safety and mobility. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 29(1), 24-31.
- Collard, D. (2012). *La conduite automobile chez la personne âgée : réflexion critique sur le rôle de l'ergothérapeute lors du retrait du permis*. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Conseil canadien de la sécurité. (2008). *Les aînés au volant doivent continuer à perfectionner leurs habitudes*. <http://canadasafetycouncil.org/fr/campagnes/les-aines-au-volant-doivent-continuer-perfectionner-leurs-aptitudes>
- De Raedt, R., & Ponjaert-Kristoffersen, I. (2000). Can strategic and tactical compensation reduce crash risk in older drivers? *Age & Ageing*, 29(6), 517-521.
- Donorfio, L. K. M., D'Ambrosio, L. A., Coughlin, J. F. & Mohyde, M. (2009). To drive or not to drive, that isn't the question—The meaning of self-regulation among older drivers. *Journal Of Safety Research*, 40(3), 221-226.
- Evans, L. (2000). Risks older drivers face themselves and threats they pose to other road users. *International Journal of Epidemiology*, 29(2), 315-322.
- Fondation pour l'alphabétisation. (2012). *Les adultes : analphabétisme et alphabétisation*. [http://www.fondationalphabetisation.org/adultes/analphabetisme\\_alphabetisation/statistiques/](http://www.fondationalphabetisation.org/adultes/analphabetisme_alphabetisation/statistiques/)
- Gouvernement du Québec. (2011). *Code de la sécurité routière*. [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?file=/C\\_24\\_2/C24\\_2.htm&type=3](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?file=/C_24_2/C24_2.htm&type=3)

- Hakamies-Blomqvist, L. & Siren, A. (2003). Deconstructing a gender difference: Driving cessation and personal driving history of older women. *Journal Of Safety Research*, 34(4), 383-388.
- Hakamies-Blomqvist, L. & Wahlström, B. (1998). Why do older drivers give up driving? *Accident Analysis and Prevention*, 30(3), 305-312.
- Holland, C. A., & Rabbitt, P. M. (1992). People's awareness of their age-related sensory and cognitive deficits and the implications for road safety. *Applied Cognitive Psychology*, 6(3), 217-231.
- Institut de la statistique Québec. (2003). *Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA)*.  
[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2005/fs\\_Eiaca2003.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2005/fs_Eiaca2003.pdf)
- Jett, K., Tappen, R. M. & Rosselli, M. (2005). Imposed versus involved: different strategies to effect driving cessation in cognitively impaired older adults. *Geriatric Nursing*, 26(2), 111-116.
- Johnson, J. E. (2002). Why rural elders drive against advice. *Journal of Community Health Nursing*, 19(4), 237-244.
- Korner-Bitensky, N. & Sofer, S. (2009). The DriveABLE Competence Screen as a predictor of on-road driving in a clinical sample. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(3), 200-205.
- Korner-Bitenski, N., Toal-Sullivan, D. & Von Zweck, C. (2007a). Les personnes âgées et la conduite automobile : vers une stratégie ergothérapeutique nationale pour le dépistage et l'évaluation des conducteurs à risque. *Actualités ergothérapeutiques*, vol.9, 3-6.
- Korner-Bitenski, N., Toal-Sullivan, D. & Von Zweck, C. (2007b). Les personnes âgées et la conduite automobile : un regard sur l'évaluation réalisé par les ergothérapeutes. *Actualités ergothérapeutiques*, vol.9, p.10-12.

- Lyman, J. M., McGwin, G., Jr. & Sims, R. V. (2001). Factors related to driving difficulty and habits in older drivers. *Accident; Analysis And Prevention*, 33(3), 413-421.
- Mayhew, D. R., Simpson, H. M., & Ferguson, S. A. (2006). Collisions involving senior drivers: high-risk conditions and locations. *Traffic Injury Prevention*, 7(2), 117-124.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2003). *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*. Ste-Foy, La direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux. 43 pages.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012*. 103 pages.
- Molnar, L. J., Eby, D. W., Kartje, P. S. & St. Louis, R. M. (2010). Increasing self-awareness among older drivers: The role of self-screening. *Journal of Safety Research*, 41(4), p.367-373.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2005) *Nouvelle position de l'OEQ à l'égard de la déclaration, par l'ergothérapeute, de l'inaptitude à conduire un véhicule routier*.  
[http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc\\_professionnels/Conduite\\_au\\_to\\_article\\_Express.pdf](http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/Conduite_au_to_article_Express.pdf)
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2008). *Interventions relatives à l'utilisation d'un véhicule routier : Guide de l'ergothérapeute*. Montréal, OEQ Publications, 75 p.
- Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches qualitatives*, 27 (2), 133-151
- Persson, D. (1993). The elderly driver: deciding when to stop. *The Gerontologist*, 33(1), p.88-91.
- Polatajko, H.J., Backman, C., Baptiste, S., Davis, J., Eftekhari, P., Harvey, A., Jarman, J., Krupa, T., Lin, N., Pentland, W., Laliberte Rudman, D., Shaw, L., Amoroso,

B. & Connor-Schisler, A. (2008). *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation (Chapitre 2)*. Ottawa (ON) : CAOT Publications ACE.

Polatajko, H.J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. & Zimmerman, D. (2008). *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation (Chapitre 1)*. Ottawa (ON) : CAOT Publications ACE.

Polatajko, H.J., Molke, D., Baptiste, S., Doble, S., Caron Santha, J., Kirsh, B., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Iwama, M., Laliberte Rudman, D., Thibeault, R. & Stadnyk, R. (2008). *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation (Chapitre 3)*. Ottawa (ON) : CAOT Publications ACE.

Rabbitt, P. M. (1990). Age, IQ and awareness, and recall of errors. *Ergonomics*, 33(10-11), 1291-1305.

Ragland, D. R., Satariano, W. A. & MacLeod, K. E. (2004). Reasons given by older people for limitation or avoidance of driving. *The Gerontologist*, 44(2), 237-244.

Rimmö, P.-A. & Hakamies-Blomqvist, L. (2002). Older drivers' aberrant driving behaviour, impaired activity, and health as reasons for self-imposed driving limitations. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 5(1), 47-62.

Rudman, D. L., Friedland, J., Chipman, M. & Sciortino, P. (2006). Holding On and Letting Go: The Perspectives of Pre-seniors and Seniors on Driving Self-Regulation in Later Life. *Canadian Journal on Aging*, 25(1), 65-76.

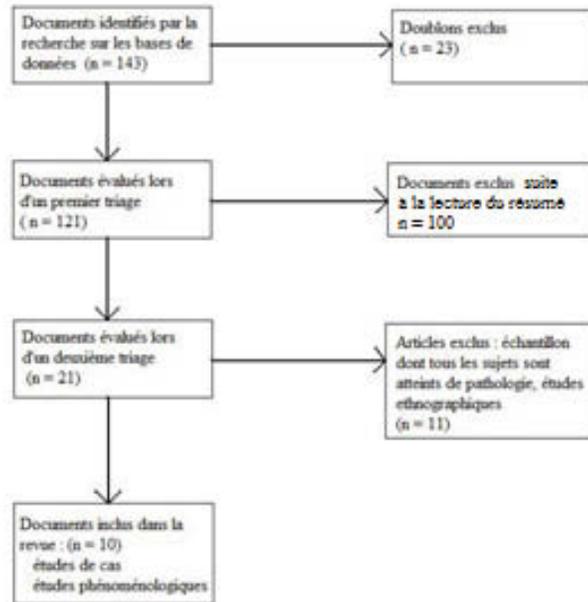
Siren, A., Hakamies-Blomqvist, L. & Lindeman, M. (2004). Driving Cessation and Health in Older Women. *Journal of Applied Gerontology*, 23(1), 58-69.

Société assurance automobile du Québec. (2010). *Bilan routier*. <http://www.saaq.gouv.qc.ca/rdsr/sites/files/12011001.pdf>

- Société assurance automobile du Québec. (2011a). *La sécurité routière n'a pas d'âge*. [http://www.saaq.gouv.qc.ca/documents/documents\\_pdf/prevention/pas\\_dage.php](http://www.saaq.gouv.qc.ca/documents/documents_pdf/prevention/pas_dage.php)
- Société assurance automobile du Québec. (2011b). *Au volant de ma santé*. [http://www.saaq.gouv.qc.ca/publications/prevention/volant\\_sante.pdf](http://www.saaq.gouv.qc.ca/publications/prevention/volant_sante.pdf)
- Société assurance automobile du Québec. (2012). *Payez vos amendes pour conserver votre privilège de conduire*. [http://www.saaq.gouv.qc.ca/documents/documents\\_pdf/permis/payez\\_amendes.php](http://www.saaq.gouv.qc.ca/documents/documents_pdf/permis/payez_amendes.php)
- Statistique Canada. (2006). *Un portrait des aînés au Canada*. 321 pages. <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-519-x/89-519-x2006001-fra.pdf>
- Stav, W. B. (2008). Occupational therapy and older drivers: research, education, and practice. *Gerontology & Geriatrics Education*, 29(4), 336-350.
- Stav, W. B., Hunt, L.A. & Arbesman, M. (2006). *Occupational therapy practice guidelines for driving and community mobility for older adults*. Bethesda (MD): American Occupational Therapy Association (AOTA), 122 p.
- Thompson, K., Johnson, A., Emerson, J., Dawson, J., Boer, E., & Rizzo, M. (2012). Distracted driving in elderly and middle-aged drivers. *Accident; Analysis And Prevention*, 45, 711-717.
- Unsworth, C. A., Wells, Y., Browning, C., Thomas, S. A. & Kendig, H. (2007). To continue, modify or relinquish driving: Findings from a longitudinal study of healthy ageing. *Gerontology*, 53(6), 423-431.
- Zhang, C., McCarthy, C., Craik, J. (2008). Les étudiants à titre d'interprètes du Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation. *Actualités ergothérapeutiques*, vol.10.3, p.3-5

## ANNEXE I

Résumé de la méthode utilisée pour effectuer une recension des écrits.



## ANNEXE II

## Bases de données utilisées afin d'effectuer la recension des écrits

Bases de données	Mots clés (descripteurs)	Critères d'inclusion et d'exclusion	Nombre de résultats obtenus (13 juillet 2011)	Nombre d'articles retenus au 1 <sup>er</sup> triage	Articles évalués et retenus pour la revue
CINAHL	<ul style="list-style-type: none"> <li>· MH "Occupational Therapy"</li> <li>· MH "Aged"</li> <li>· MM "Automobile Driving"</li> </ul>	Published Date from: 19800101-; Language: English, French; Age Groups: Aged: 65+ years, Aged, 80 and over	36	3	0
Medline	<ul style="list-style-type: none"> <li>· MH "Occupational Therapy"</li> <li>· MH "Aged"</li> <li>· MM "Automobile Driving"</li> </ul>	Published Date from: 19800101-; Language: English, French; Age Groups: Aged: 65+ years, Aged, 80 and over	20	3	0
PschINFO	<ul style="list-style-type: none"> <li>· MM "Driving Behavior"</li> <li>· MM "Aging"</li> <li>· MM "Drivers"</li> </ul>	Publication Year from: 1980-; Language: English, French; Age Groups: Aged (65 yrs & older), Very Old (85 yrs & older)	54	15	10
Cochrane	<ul style="list-style-type: none"> <li>· <b>("Drivers" OR "Automobile driving" OR "Driving behavior") in Title, Abstract or Keywords</b></li> <li>· <b>("Aging" OR "Aged") in Title, Abstract or Keywords</b></li> </ul>		3	0	0
Pubmed	<ul style="list-style-type: none"> <li>· (((("Automobile Driving"[MeSH Major Topic])) AND "Aged"[MeSH Terms]) AND "Occupational Therapy"[MeSH Terms])</li> </ul>	English, French, Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years, Publication Date from 1980	23	0	0
OTseeker	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Driver* OR "Driving Behavior" OR "Automobile Driving"</li> </ul>	Age group: gerontology	7	0	0
TOTAL			143	21	10
TOTAL (Sans les doublons)			121	21	10

## ANNEXE III

Grille d'analyse des deux documents de promotion de la sécurité routière développés par la SAAQ (2011) et adressés aux personnes âgées de 65 ans et plus selon le MCRO-P

Présence de l'élément (√)	<i>La sécurité routière n'a pas d'âge</i>	<i>Au volant de ma santé</i>
<b>ENVIRONNEMENT</b>		
<b>Risques de l'environnement physique</b>		
▪ Autoroute	√	√
▪ Circulation	√	√
▪ Luminosité	√	√
▪ Caractéristiques de la voiture qui facilite la tâche	√	√
<b>Disponibilité des transports alternatifs</b>		
▪ Transport en commun accessible	√	√
▪ Offre de transport par l'entourage	√	√
<b>Proximité des services et activités</b>		
▪ Milieu rural ou urbain		√
▪ Lieu de résidence		√
<b>Croyances de l'environnement social</b>		
▪ En lien avec l'âge	√	
▪ En lien avec le genre		
▪ Conduire est un privilège	√	√
<b>Composition des ménages</b>		
▪ Avoir un conjoint, être veuf ou divorcé		
▪ Ne pas être le conducteur principal de la maison		
▪ Disponibilité du conjoint pour conduire		
<b>Réglementation et loi imposées par le gouvernement (environnement institutionnel, système politique en place)</b>		
▪ Passer un examen médical à 75 et 80 ans puis aux deux ans	√	√
▪ Pouvoir se faire apposer une condition quelconque		√
▪ Se faire retirer son permis de conduire par la SAAQ		√
▪ Autoévaluation induite par les tests de dépistages	√	√
▪ Obligation de déclarer tout changement de santé à la SAAQ	√	√
▪ Déclaration à la SAAQ par un proche		√
Ressources financières, incluant les coûts reliés à la possession, à l'utilisation et à l'entretien d'un véhicule		
Niveau de confort et de confiance des passagers		√
Commentaires et rétroactions de la famille et des proches	√	√
<b>Commentaires et rétroactions</b>		
▪ Omnipraticien	√	√
▪ Ophtalmologiste		√
▪ Autre médecin spécialiste		√
▪ Avis professionnel de cesser de conduire par l'ergothérapeute ou d'autres professionnels effectuant du dépistage au CLSC		√
Risque de mettre en danger la sécurité des autres		√

## OCCUPATION

### SOINS PERSONNELS

<i>Life style</i> , niveau de fonctionnement dans les autres occupations		
▪ Problèmes ou dépendance dans les AVQ		
Promotion de bonnes habitudes de vie		
▪ Respect de sa médication		√
▪ Faire de l'exercice physique	√	√
▪ Pas de consommation d'alcool		√
▪ Exercices cognitifs		√
▪ Bien se nourrir		√
▪ Ne pas fumer		√
▪ Avoir un bon sommeil		√
▪ Consulter régulièrement son médecin pour un bilan de santé		√

### PRODUCTIVITÉ

<i>Life style</i> , niveau de fonctionnement dans les autres occupations		
▪ Problèmes ou dépendance dans les AVD		
Être à la retraite ou avoir un horaire flexible		

### DÉPLACEMENT CONDUITE AUTO (Productivité ou loisir)

Habitudes de conduite		
▪ Conduite comme faisant partie de la routine permettant de se rendre à certains endroits pour y faire d'autres occupations, rôle que joue l'automobile	√	
▪ Nombre de kilomètres parcourus (distance)	√	
▪ Fréquence		
▪ Planification du trajet	√	√
▪ Éviter les heures de pointe	√	√
▪ Endroits familiers		√
▪ Ne pas conduire la nuit ou lors de mauvais temps	√	√
▪ Avoir besoin de la présence d'un passager		√
Historique de conduite		
▪ Années d'expérience de conduite		
▪ Nombre d'accident, sévérité, coupable ou pas	√	
▪ Passer proche d'un accident, particulièrement si l'on se croit responsable		√
▪ Nombre d'accrochages	√	√
▪ Nombre d'infractions		
Suggestion de cours de rafraîchissement des connaissances en matière de conduite automobile	√	√
L'arrêt de conduire est possible malgré l'autorégulation des habitudes		
▪ Peut être vécue comme une perte ou une transition	√	√
▪ Importance de s'y préparer en étudiant les solutions alternatives	√	√

**PERSONNE**

**AFFECTIF**

Degré de confort et de confiance du conducteur	√	
Signification accordée à l'activité de conduire, symbole et importance de conduire	√	√
Degré de contrôle du conducteur face à sa décision	√	√
Diminution de plaisir lors de la conduite	√	
Timidité face aux proches, perception de dépendance à autrui		
Désir d'indépendance		√
Changements perçus par la personne au niveau de sa condition médicale		
▪ Dépression		√
▪ Comportements		√
▪ Anxiété		√

**PHYSIQUE**

Changements perçus par la personne face à sa condition médicale		
▪ Trouble de la vision	√	√
▪ Physique	√	√
▪ Surdité	√	
▪ Médicaments	√	√
▪ Consommation d'alcool		√
Conditions médicales particulières		
▪ Trouble de la vision	√	
▪ Physique	√	

**COGNITIF**

Autorégulation de sa conduite au moyen d'autoévaluation		
▪ Propre opinion par rapport à leur capacité de conduire	√	√
Changements perçus par la personne face à sa condition médicale		
▪ Diminution des fonctions cognitives (mémoire, jugement, capacité d'analyse)	√	√
Condition médicale particulière		
▪ Diminution des fonctions cognitives (type démence)		
Méconnaissance des panneaux de signalisation et des règles de sécurité routière	√	√