

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

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

PAR
DAVID COLLARD

LA CONDUITE AUTOMOBILE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE :
RÉFLEXION CRITIQUE SUR LE RÔLE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE
LORS DU RETRAIT DU PERMIS

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 : Le vieillissement de la population entraînera une augmentation du nombre de personnes âgées qui, un jour ou l'autre, feront face à une épreuve, à savoir la perte de leur permis de conduire. Ce n'est pas seulement à un bout de plastique que ces gens devront renoncer, mais à leur indépendance (Bauer, Rottunda, & Adler, 2003, p. 316). **Problématique :** Plusieurs études démontrent les conséquences néfastes liées à la cessation de conduite, telles que la dépression, l'isolation, la détérioration de l'état de santé général, etc. (Pellerito, 2009; Siren, Hakamies-Blomqvist, & Lindeman, 2004). Eu égard à cette situation, de quelle façon ces personnes sont-elles prises en charge? Qui intervient afin d'éviter ou à tout le moins minimiser ces conséquences néfastes? Est-ce le rôle de l'ergothérapeute puisque c'est lui qui recommande ou non la poursuite de la conduite automobile? Autant de questions qui demandent une réflexion plus poussée, d'autant plus que le problème devrait s'accroître dans les prochaines années. **Objectifs :** Le présent essai aborde ces thèmes, les analyse et tente d'établir une marche à suivre dans ce genre de situation en utilisant le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de l'Engagement (Polatajko, et coll., 2008, p. 27) ainsi qu'en se référant aux étapes de deuil (Kübler-Ross, 1969). **Conséquences :** Des recommandations ressortent de l'analyse critique réalisée : les interventions à privilégier (sensibilisation, planification) doivent être réalisées avant l'interruption de la conduite mais lorsque cela n'est pas possible, il faut davantage axer les efforts sur un suivi s'étalant sur plusieurs rencontres.

Mots-clés : conduite automobile, cessation, ergothérapie, intervention, personne âgée

Key words : driving, cessation, occupational therapy, intervention, older driver

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	II
TABLE DES MATIÈRES.....	III
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	IV
REMERCIEMENTS.....	V
1. INTRODUCTION.....	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	4
3. OBJECTIFS	10
4. MÉTHODE.....	12
4.1. Devis méthodologiques	12
4.2. Échantillon.....	13
4.3. Analyse des données.....	13
5. CADRE CONCEPTUEL.....	15
5.1. Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de l'Engagement.....	15
5.2. Les étapes de deuil.....	16
6. RÉSULTATS.....	18
6.1. Interventions auprès de la clientèle qui a cessé de conduire.....	18
6.2. Interventions pour la clientèle sur le point de cesser de conduire	20
6.3. Autres types d'interventions	22
7. DISCUSSION	24
7.1. Analyse selon le MCRO-E	24
7.2. Analyse d'après les étapes du deuil	26
7.3. Recommandations pour la pratique ergothérapique	28
7.4. Retombées pour la recherche.....	31
7.5. Forces et limites de l'étude	31
8. CONCLUSION	32
RÉFÉRENCES	35
ANNEXE I.....	39
ANNEXE III.....	41
ANNEXE IV.....	44

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

FRSQ : Fonds de Recherche Santé Québec

MCRO-E : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de l'Engagement

RSSS : Réseau de la Santé et des Services Sociaux

SAAQ : Société d'Assurance Automobile du Québec

UQDRIVE : University of Queensland Driver Retirement InitiatiVE

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Madame Marie-Josée Drolet, directrice de mon essai critique, pour tous les bons conseils et les encouragements.

Un merci tout spécial à ma conjointe ainsi qu'à mon fils et ma fille pour leur soutien, leur patience et surtout leur amour. Sans eux, cette aventure n'aurait pas été la même.

1. INTRODUCTION

Une invention, datant du début du 20^e siècle, occupe encore aujourd’hui une place prépondérante dans la vie quotidienne des êtres humains. Depuis sa création, l’automobile est utilisée à diverses fins, notamment le transport de marchandises ou de passagers, et ce, dans le cadre de maintes occupations allant du travail au loisir. Pour la majorité de ses utilisateurs, la voiture se trouve associée à la liberté et à l’indépendance (Yassuda, Wilson, & von Mering, 1997, p. 534; Vrkljan & Polgar, 2007, p. 30; Liddle, Turpin, Carlson, & McKenna, 2008). Cette liberté s’avère toutefois brimée et l’indépendance réduite lorsque la personne se voit confrontée à la cessation de sa conduite. Comme la population âgée risque fort d’augmenter dans les années à venir dans une proportion somme toute élevée (14 % d’augmentation de la population âgée de 65 ans et plus entre 2006 et 2011), un accroissement du nombre de personnes confrontées à cette situation dans les prochaines années est à prévoir (Statistiques Canada, 2012).

Il relève de la compétence des ergothérapeutes que d’évaluer le rendement occupationnel tenant compte des composantes cognitives et fonctionnelles impliquées dans cette occupation (Stav, 2004, p. 7). L’ergothérapeute intervient également afin de prolonger la conduite automobile le plus longtemps possible puisque la littérature met en évidence les effets négatifs reliés à la cessation de la conduite (Adler & Rottunda, 2006; Edwards, Lunsman, Perkins, Rebok, & Roth, 2009; Marottoli et coll., 2000; Mezuk &

Rebok, 2008; Ragland, Satariano, & MacLeod, 2005). Cependant, il arrive que ce dernier recommande de cesser la conduite, notamment lorsque la réadaptation ne parvient pas à assurer la sécurité du conducteur ni celle de la population. Des moyens alternatifs de transport, tels que le transport en commun, sont alors envisagés afin de pallier cette incapacité. Dans la majorité des cas, voilà où se termine le travail de l'ergothérapeute.

En vertu de la grande valeur symbolique accordée à l'automobile, l'acceptation de l'arrêt de la conduite ne va pas de soi pour l'aîné, voire pour tout individu (Laliberte Rudman, Friedland, Chipman, & Sciortino, 2006). De fait, plusieurs personnes circulent sur les routes, même si leur permis leur a été retiré. Il faut dire que les avantages de la conduite automobile s'avèrent indéniables, autant au sein des communautés urbaines que rurales puisque ces dernières ont été spécifiquement développées pour répondre aux déplacements en véhicules routiers. Dans ce contexte, des questions émergent quant au soutien offert par l'ergothérapeute pour aider les personnes à mieux vivre cette transition, allant de la conduite à l'arrêt de la conduite. De quelle façon les personnes âgées perçoivent-elles leur vie suite à l'interruption de leur conduite? Y a-t-il des interventions qui pourraient aider ces individus à accepter cette situation difficile? Est-ce le rôle de l'ergothérapeute de faciliter cette transition? A-t-il les compétences requises? Telles sont les questions qui orientent la réflexion menée dans cet essai. En somme, il s'agit de poser un regard critique sur ce qui est actuellement réalisé en ergothérapie lorsqu'une personne âgée est contrainte d'arrêter sa conduite. Le présent essai évalue la

pertinence et la suffisance des interventions ergothérapiques, et ce, en vue de bonifier les pratiques, si besoin est.

Afin de bien mener cette étude, il s'agit dans un premier temps d'énoncer clairement la problématique reliée à la situation telle qu'elle se présente actuellement dans la pratique ergothérapique à travers une recension des écrits. Cette recension permet de dresser un inventaire des interventions réalisées auprès des personnes âgées qui doivent arrêter leur conduite. La problématique ainsi exposée permet l'établissement des objectifs de l'étude, nécessaires à la structure de l'étude. La méthode utilisée suit l'identification des objectifs et s'arrime à ceux-ci afin d'assurer la qualité de l'étude. Vient ensuite la section expliquant le cadre conceptuel qui sous-tend l'analyse des résultats obtenus lors de la recension des écrits. Cette analyse critique des interventions se retrouve dans la discussion et conduit à des recommandations pour la pratique de l'ergothérapie que l'on retrouve à la conclusion.

2. PROBLÉMATIQUE

De la recension des écrits concernant les interventions effectuées auprès de la clientèle âgée qui a cessé de conduire, il ressort que l'aspect concernant le retrait du permis est relativement peu abordé par les ergothérapeutes dans leur pratique. Pourtant, plusieurs études démontrent que de devoir cesser la conduite engendre des conséquences négatives non négligeables sur la vie des individus. Ces conséquences touchent différents aspects de l'occupation humaine, telle que la dimension de la personne, entre autres les dimensions affective ou physique, comme une augmentation des symptômes dépressifs (Ragland, Satariano, & MacLeod, 2005, p. 402) ou une précipitation de la détérioration de l'état de santé général (Edwards, Lunsman, Perkins, Rebok, & Roth, 2009, p. 1294). Le rendement occupationnel s'avère également affecté par une diminution des activités à l'extérieur de la maison (Marotolli et coll., 2000, p. S337), sans oublier les relations sociales, où l'on remarque une difficulté d'intégration sociale et une perte des contacts sociaux (Mezuk & Rebok, 2008, p. S300). De plus, l'impact négatif ne concerne pas seulement l'individu, mais aussi son entourage (Vrkljan & Polgar, 2011, p. 35), c'est-à-dire que les personnes âgées deviennent soudainement dépendantes de leur famille et amis, ce qui peut créer des tensions. Par ailleurs, Pickard et coll. (2009, p. 225) démontrent que les personnes âgées qui ont ou vont bientôt cesser de conduire ne sont pas assez informées sur cette étape importante de leur vie. MacDonald et Hébert (2010) déplorent également l'absence d'un programme pour préparer les aînés à cette éventualité.

D'autre part, les études, qui documentent les désavantages occasionnés par l'arrêt de la conduite, préconisent la mise en oeuvre d'interventions dans le but de prolonger la conduite automobile chez la population âgée, de façon à retarder les effets négatifs de son arrêt (Edwards et coll., 2009, p. 1294). Bien entendu, cette solution se révèle primordiale lorsqu'il existe un potentiel de réadaptation ou d'adaptation permettant le maintien d'une conduite sécuritaire, mais ces auteurs ne font que retarder la situation où l'interruption de la conduite s'avère inévitable. Ainsi, le peu de documentation sur les interventions auprès des aînés qui cessent de conduire laisse supposer que les clients qui n'ont plus les habiletés et les ressources pour conduire ne sont pas pris en charge par les ergothérapeutes ou tout autre professionnel de la santé, si ce n'est que pour leur offrir des recommandations d'usage, telles que d'utiliser les transports alternatifs (autobus, taxi, métro, etc.), de faire appel à l'entourage (voisin, famille), d'utiliser les services de livraison, etc. (Bryanton, Weeks, & Lees, 2010, p. 185). Bien que logiques, ces conseils ne sont pas nécessairement applicables ou pertinents, en ceci qu'ils peuvent ne pas respecter les valeurs, les croyances et les intérêts des aînés (Adler & Rottunda, 2006, p. 230), de sorte que ceux-ci s'avèrent parfois obsolètes et souvent insuffisants.

La perte du permis de conduire perturbe de manière significative non seulement la mobilité de l'individu, mais également celle des personnes qui dépendent de la capacité de conduire cet individu. Webber, Porter, et Menec (2010, p. 443) définissent la

mobilité comme étant la capacité de se déplacer à l'intérieur de différents environnements, peu importe la distance à parcourir ou la façon de se déplacer. Ce que l'on remarque de cette définition est le fait que la conduite automobile correspond, d'une certaine façon, à une extension de la marche en tant que mobilité. Pour établir une analogie, le deuil associé à la perte du permis de conduire devient comparable à celui associé à la perte de la capacité de marcher, en ceci que dans les deux situations la personne s'avère confrontée à diminution significative de sa mobilité. Cette perte de mobilité fait en sorte que ce n'est pas seulement l'occupation de conduire qui disparaît, mais aussi maintes activités en lien avec la conduite automobile dans la mesure où la perte n'est pas totalement compensée.

La première des cinq étapes du deuil proposées par Kübler-Ross (1969) correspond au choc, au déni, et à l'isolation. Cette étape, associée à la perte du permis de conduire, correspond au moment où les personnes tentent de s'adapter pour conserver toutes leurs occupations telles qu'ils les réalisaient auparavant. Elles n'ont pas encore commencé à planifier la prochaine étape de leur vie (Vrkljan & Polgar, 2011, p. 35), c'est-à-dire qu'elles n'envisagent pas de nouvelles occupations en utilisant un autre moyen pour se déplacer. Les personnes vivant un deuil passent ensuite par les étapes de la colère et du marchandage (Kübler-Ross, 1969). Plus tard, plusieurs traversent l'étape de la dépression qui, chez les personnes âgées, peut causer une diminution significative de leur état de santé. Environ 20 % des aînés ayant perdu leur permis de conduire vivront une dépression (Ragland, Satariano, & MacLeod, 2005, p. 400). S'ils arrivent à

vaincre la dépression, ils peuvent espérer vivre l'acceptation de leur condition qui constitue l'ultime échelon, ou retomber dans l'un ou l'autre des états présentés puisqu'il ne s'agit pas d'un continuum linéaire (Kübler-Ross, 1969).

Ces étapes pourraient-elles être évitées ou à tout le moins atténuées par des interventions spécifiques entourant le retrait du permis de conduire? Comment l'ergothérapeute pourrait-il contribuer à diminuer les nombreuses conséquences négatives de l'arrêt de la conduite chez l'aîné? L'ergothérapeute n'a-t-il pas une responsabilité d'agir avec les personnes qui perdent leur privilège de conduire une automobile? Son mandat se résume-t-il seulement à l'évaluation de la capacité à conduire un véhicule? Ne devrait-il pas inclure des interventions pour permettre à la personne de retrouver de la satisfaction quant à son rendement et sa participation occupationnels? Dans le contexte actuel du vieillissement de la population, une réflexion portant sur une transition plus harmonieuse de la conduite autonome à l'arrêt de la conduite appert non seulement novatrice, mais également pertinente, voire nécessaire. Ce questionnement s'inscrit non seulement dans les préoccupations actuelles de l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE), mais aussi parmi celles des organismes subventionnaires de la recherche du Québec (Fonds de Recherche Santé Québec [FRSQ], 2012; ACE, 2009).

Certains auteurs apportent des interventions possibles avec cette clientèle afin de diminuer l'impact négatif de cette perte (Windsor & Anstey, 2006). Parmi ces

interventions, ils mentionnent, entre autres, l'instauration d'un programme pour aider les aînés à prévoir le moment fatidique et à autoréguler l'arrêt de leur conduite (Société de l'Assurance Automobile du Québec [SAAQ], 2011a; SAAQ, 2011b; Marottoli et coll., 2000, p. S339; Windsor & Anstey, 2006, p. 209; Vrkljan & Polgar, 2011, p. 37). D'autres solutions se situent davantage du côté de la promotion de la sécurité routière et de l'adoption de politiques gouvernementales pour améliorer les transports alternatifs (Ragland et coll., 2005, p. 403; Adler & Rottunda, 2006, p. 231, 233-234). Cependant, le débat demeure au sujet de la distribution entre les intervenants, dont fait partie l'ergothérapeute, des responsabilités reliées à ces recommandations. Vrkljan et Polgar (2011) présentent la situation de la manière suivante : l'arrêt de la conduite entraîne une interruption occupationnelle qui occasionne inévitablement un changement sur le plan de l'identité occupationnelle (Dumont, 2012). Il importe donc à la science de l'occupation de s'intéresser à ce phénomène afin de comprendre toutes les relations qui en découlent (Vrkljan & Polgar, 2011, p. 37). Cela étant, il existe une différence entre la science de l'occupation et l'ergothérapie clinique. Bien que la première s'intéresse aux concepts reliés à l'occupation, elle ne permet pas nécessairement une application clinique en ergothérapie, car la science de l'occupation est pluridisciplinaire. De fait, les chercheurs qui contribuent à la science de l'occupation appartiennent à des disciplines aussi variées que l'histoire, la sociologie, la psychologie, l'ergothérapie, l'éologie, l'urbanisme, etc. La question demeure donc. Quelles sont les interventions qui devraient être réalisées afin de soutenir les personnes âgées confrontées à l'arrêt de leur conduite et quels intervenants du Réseau de la Santé et des Services Sociaux (RSSS) du Québec

devraient réaliser ces interventions? En bref, la présente étude a identifié un besoin qui n'est pas comblé à l'heure actuelle, mais qui devrait l'être en vertu des nombreuses conséquences négatives sur la santé et le bien-être des personnes. C'est à ce besoin légitime, mais non répondu qu'entend répondre la présente réflexion en ciblant les interventions qui devraient être réalisées et en identifiant les intervenants les mieux placés pour les accomplir. C'est une question de justice occupationnelle (Stadnyk, 2008, p. 93-95).

3. OBJECTIFS

Une fois la problématique bien définie, il est maintenant venu le temps de fixer les objectifs qui se rattachent aux questions qui viennent d'être soulevées.

Avant tout, il est nécessaire de dresser un répertoire des interventions qui sont actuellement réalisées avec la population âgée qui a ou qui est sur le point de cesser de conduire. Cette étape constitue le premier objectif de l'étude et se retrouve dans la section des résultats. Il s'agit donc, dans un premier temps, de répertorier les interventions entourant la cessation de la conduite chez la personne âgée.

Le second objectif est d'évaluer la pertinence de ces interventions et de vérifier dans quelle mesure tous les besoins des clients sont ou non répondus. Cette évaluation est réalisée à l'aide du cadre conceptuel qui comprend le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de l'Engagement (Polatajko et coll., 2008) et les étapes du deuil (Kübler-Ross, 1969). Il s'agit donc, dans un second temps, de qualifier la pertinence et la suffisance des interventions répertoriées.

Ceci fait, il devient plus facile de déterminer si l'ergothérapeute (ou un autre intervenant) s'avère en mesure d'effectuer ces interventions avec cette clientèle, ce qui correspond au troisième et principal objectif de cet essai. Cet objectif permet de définir le rôle de l'ergothérapeute par rapport aux différentes interventions relevées dans la

littérature. Il s'agit, dans un dernier temps, de déterminer le rôle que l'ergothérapeute pourrait être appelé à remplir face à ce besoin.

Ce faisant, des recommandations adressées à l'ergothérapeute pour la pratique des interventions possibles avec les personnes âgées confrontées à cette problématique. Il s'agit ici d'un objectif concernant en outre la diffusion des connaissances en ergothérapie.

4. MÉTHODE

4.1. Devis méthodologiques

L'utilisation d'un devis méthodologique permet de s'assurer de la qualité de l'étude menée, ainsi que de planifier les différentes étapes de réalisation. Le devis méthodologique utilisé dans l'élaboration de cette recherche consiste en une conjonction de deux devis proposés par Paillé (2004). En effet, le devis le mieux adapté pour cette recherche se compose du devis de répertoire de pratique superposé à celui d'analyse de matériel pédagogique, puisqu'il s'agit ici d'une étude où l'on désire connaître lesquelles parmi les différentes interventions retenues s'avèrent les plus pertinentes (Paillé, 2004, p. 4-6). Les devis de Paillé ont été utilisés ici parce qu'ils ont été spécifiquement conçus pour l'élaboration d'un essai critique de niveau maîtrise. L'annexe II présente les deux devis originaux qui ont été remaniés pour répondre aux objectifs de cette étude.

Les devis méthodologiques de Paillé (2004) ont été élaborés de façon globale pour le domaine de l'enseignement. Cette généralité rend les étapes imprécises lorsqu'elles sont appliquées à la recherche en ergothérapie, surtout lorsque le sujet est peu détaillé dans la littérature, comme c'est le cas pour cet essai. La présente recherche a pour but d'analyser non pas du matériel, mais les pratiques en tant que telle. Ainsi, les axes typologiques ont été mis de côté puisque cela constituait en fait une partie de l'analyse. Il était ainsi plus simple de regrouper les axes, l'évaluation et l'analyse critique en une seule opération, soit l'analyse critique. Pour ce qui est des autres étapes, il s'agit simplement d'une synthèse des deux devis de Paillé (2004).

Ainsi, les étapes de réalisation de cette recherche se résument à : 1) Élaboration des questions de recherche; 2) Explication du cadre conceptuel; 3) Délimitation de l'aire couverte, c'est-à-dire du corpus à l'étude; 4) Collecte de données; 5) Classification des données; 6) Synthèse des données; 7) Analyse critique des données; 8) Mise en forme de l'analyse finale et schématisation (Paillé, 2004).

4.2. Échantillon

Pour mieux cerner la problématique et atteindre les objectifs ici visés, une recension des écrits disponibles sur le sujet a été réalisée relativement aux guides de pratiques et aux études scientifiques traitant de cette problématique. Cette recension a été réalisée dans les bases de données suivantes : CINAHL, Cochrane, MEDLINE et PsychINFO, en utilisant ces mots-clés : « *driving* », « *cessation* », « *retirement* », « *transition* », « *intervention* », « *support* », « *occupational therapy* ». Puisqu'il n'existe que peu d'études sur ce sujet, les critères de rétention des écrits incluent tous les niveaux d'évidence. La démarche effectuée pour la recension des écrits peut être consultée à l'annexe I.

4.3. Analyse des données

La forme que prend la recherche consiste en une analyse critique des pratiques actuelles afin de déterminer si l'ergothérapeute a un rôle à jouer quant à de la transition vécue par les personnes qui cessent de conduire. Il s'agit en fait des objectifs 2 et 3 énumérés à la section précédente. Une fois le répertoire des pratiques établit, l'analyse

des données se fait en utilisant le cadre conceptuel expliqué à la section suivante. Ce cadre est composé du MCRO-E (Polatajko et coll., 2008) et des étapes du deuil (Kübler-Ross, 1969), tel que mentionné plus tôt. À l'aide de ce modèle et de ce schème, une grille d'analyse des interventions relevées dans la littérature a été réalisée. Cette grille peut être consultée à l'annexe IV. Elle permet dès lors de vérifier si les interventions sont pertinentes par rapport à la problématique exposée à la section deux, ainsi que de statuer sur le rôle de l'ergothérapeute dans la réalisation de ces interventions.

5. CADRE CONCEPTUEL

Comme décrit plus tôt, la première étape mise à opérationnaliser les questions de l'étude pour ensuite définir le cadre conceptuel utilisé dans cette recherche.

5.1. Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de l'Engagement

La base de la structure de cet essai critique fait appel au Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de l'Engagement (MCRO-E), tel que décrit par Polatajko et coll. (2008). En effet, ce modèle définit à la fois le rendement occupationnel et l'engagement au cœur de l'interaction des domaines de la personne, de l'occupation et de l'environnement (Polatajko et coll., 2008, p. 32). La figure 1, située à la page 22 de cet essai, reproduit ce modèle. Voici une exploration des différents construits et de leurs composantes. Tout d'abord, la personne est au cœur de ce modèle et elle se définit par quatre dimensions, soit les dimensions affective, cognitive, spirituelle et physique. En plaçant ainsi la personne au cœur du modèle, le MCRO-E annonce qu'il préconise une approche centrée sur le client. Le second concept est l'environnement dans lequel la personne s'invère. Il est composé, pour sa part, de l'environnement physique, social, culturel et institutionnel. L'occupation chevauche à la fois l'environnement et la personne puisque sa réalisation dépend de ces deux concepts. Ce concept se divise en trois catégories, soit les soins personnels, les loisirs et la productivité.

L'interaction des trois construits correspond au rendement et à l'engagement occupationnels de l'individu (Polatajko et coll., 2008, p. 39). Dans le cadre de cette étude, le rendement et l'engagement sont importants dans la mesure où lorsque la personne s'engage dans une occupation, elle le fait par un choix libre et éclairé, ce qui se traduit par un certain rendement. Le retrait du privilège de conduire bouleverse cet état en obligeant la personne à changer et, parfois, à aller à l'encontre de ses choix et de ses valeurs. Le rendement occupationnel s'en trouve dès lors affecté. L'approche centrée sur le client s'avère alors importante, puisque le but des interventions sera de rétablir un certain rendement occupationnel tout en respectant les choix et valeurs de la personne âgée.

5.2. Les étapes de deuil

L'essai est supporté également par les étapes de deuil proposées par Kübler-Ross (1969). En effet, la perte du permis de conduire peut se traduire par un deuil que la personne doit vivre par rapport à sa liberté et son indépendance perdues. Ce schème permet ainsi de valider la nécessité de s'intéresser à la problématique de l'essai. Kübler-Ross a identifié cinq étapes dans le processus de deuil : 1) le choc, le déni et l'isolation; 2) la colère; 3) le marchandage; 4) la dépression; et l'acceptation (1969). Ces étapes ne sont pas absolues, c'est-à-dire qu'une personne ne franchira pas nécessairement toutes ces étapes durant son deuil (Kübler-Ross, 1969). De plus, il se peut que la personne les franchisse dans un ordre différent, en présentant à l'occasion des régressions ou des retours à certaines étapes antérieures (Kübler-Ross, 1969). Pour la rédaction de l'essai,

les étapes auxquelles l'on doit porter davantage d'attention correspondent à la première étape, soit le choc, le déni et l'isolation ainsi qu'à la quatrième étape, la dépression. L'étape initiale est importante dans la mesure où l'annonce de la recommandation de cesser la conduite par l'ergothérapeute provoque bien souvent le commencement du processus. L'isolation qui peut en découler, ainsi que la dépression possible, rejette les conséquences néfastes liées au retrait du permis qui ont été relevées dans la littérature.

Les concepts qui s'attachent au modèle et au schème qui compose le cadre conceptuel présenté ci-dessus permettent d'encadrer l'analyse critique des résultats présentés à la section suivante. Ils procurent une base solide afin de déterminer la pertinence des interventions et aident également à examiner le rôle de l'ergothérapeute par rapport à celles-ci. Par ailleurs, l'utilisation d'un cadre de référence favorisant une approche intégrée d'un modèle et d'un schème permet de favoriser une compréhension globale et plus approfondie du sujet traitée. Il en résulte une plus grande ouverture sur la problématique en cause qui alimente la recherche de solution de façon plus complète et nuancée (DePoy & Gitlin, 2011, p. 28-31).

6. RÉSULTATS

La présente section résume l'ensemble des interventions proposées ou effectuées auprès des aînés qui vivent la problématique exposée plus haut. Deux grandes catégories d'interventions possibles ressortent de l'étude de la recension des écrits, soit celles en lien avec les personnes ayant cessé la conduite ou celles réalisées auprès de la population sur le point de cesser de conduire. L'annexe III, disponible à la fin du document, se veut un complément de la présente section : elle présente un tableau synthèse des différents auteurs et des interventions qu'ils ont proposées. Il est fortement conseillé de consulter cette annexe en parallèle avec le texte qui suit.

6.1. Interventions auprès de la clientèle qui a cessé de conduire

Les interventions réalisées auprès de la population qui a cessé de conduire s'avèrent peu documentées dans la littérature. Un article relate l'expérience vécue par un ergothérapeute qui évalue la capacité à conduire de personnes âgées (Cramm, Cramm, & Osmond, 2010). Voici un résumé des interventions réalisées. D'abord, l'ergothérapeute fait l'évaluation de la conduite; suite à l'annonce de la recommandation du retrait du permis, une discussion est engagée avec le client afin de lui exposer les raisons qui ont motivé la conclusion de l'évaluation. Par cette discussion, il est à supposer que la personne amorce son processus d'acceptation. Il s'ensuit une remise d'informations à la famille et au client sur les émotions et les réactions qui émergeront possiblement au cours de la transition suite à l'arrêt de la conduite. Par ailleurs, des indications sont

données sur les signes avant-coureurs de la dépression et un suivi avec un travailleur social ou le médecin de famille est proposé à la personne. L'ergothérapeute expose ensuite les alternatives à la conduite automobile qui sont offertes dans la communauté. La dernière intervention concerne l'explication des prochaines étapes dans le retrait du permis (déclaration à la Société d'Assurance Automobile du Québec, etc.) et la remise des informations nécessaires pour contacter l'ergothérapeute au besoin (Cramm, Cramm, & Osmond, 2010, p. 14). Le texte ne mentionne pas les modalités (fréquence, durée) reliées à cette intervention, mais laisse supposer que toutes les étapes sont contenues à l'intérieur d'une seule rencontre.

La thérapie utilisant l'approche de résolution de problème tiré de la théorie sociale cognitive de Bandura est une autre intervention qui a été relevée pour cette clientèle spécifique. Cette approche permet de traiter la dépression associée à la perte d'indépendance reliée au retrait du permis (Windsor & Anstey, 2006, p. 209-210). Elle permet également de cibler et traiter les problèmes reliés à l'isolation sociale et à la réduction de la mobilité (Windsor, & Anstey, 2006, p. 209). L'article ne fait pas mention de fréquence ni de durée de la thérapie, mais l'on peut penser qu'une telle approche requiert une certaine période de temps. Par ailleurs, les auteurs précisent que cette approche peut être utilisée par des professionnels de la santé qui ne possèdent pas de formation particulière en psychothérapie.

Dans un autre ordre d'idées, un programme a été développé à l'université Queensland, en Australie. Ce programme, le University of Queensland Driver Retirement InitiatiVE (UQDRIVE), s'adresse principalement aux personnes qui conduisent encore, mais se compose d'une partie qui est également offerte aux personnes qui ont cessé de conduire. Il s'agit d'un programme de support intensif de 6 semaines à raison de 4 heures par semaine durant lequel sept thèmes sont abordés : 1) *Growing older*; 2) *Driving later in life*; 3) *Adjusting to losses and changes*; 4) *Experiences of retiring from driving*; 5) *Alternative transport*; 6) *Lifestyle planning*; 7) *Advocacy and support*. Le programme a recours à diverses formes de médiums (informations, discussions de groupe, conférencier, exercices pratiques). Ce programme peut être dirigé par un professionnel de la santé qui a suivi la formation recommandée (Liddle, McKenna, & Bartlett, 2007, p. 304) par exemple une infirmière, un travailleur social, etc.

6.2. Interventions pour la clientèle sur le point de cesser de conduire

Dans la perspective de mieux préparer les individus à la perte de leur permis, des suggestions ont été développées par différents auteurs. Parmi les interventions proposées le plus souvent, l'on retient trois grands axes, soit l'autoévaluation, la planification et la promotion.

L'autoévaluation des compétences à la conduite automobile est citée à plusieurs reprises (Adler & Rottunda, 2006, p. 233; Yassuda, Wilson, & von Mering, 1997). Ceci

s'appuie sur l'importance de la prise de conscience dans le processus amenant la personne âgée à se retirer de la conduite automobile par elle-même. La thérapie met alors l'accent sur la réflexion personnelle et fait prendre conscience à l'individu que l'arrêt de la conduite s'avère l'option la plus sensée, le thérapeute devient alors un accompagnateur dans la démarche (Whitehead, Howie, & Lovell, 2006, p. 179). Par contre, aucune mention sur la durée et la fréquence des interventions n'est mentionnée dans le texte.

Une seconde solution concerne la planification de l'arrêt de la conduite qui peut s'effectuer de différentes façons. Le programme UQDRIVE, mentionné précédemment, fournit de l'information, un soutien psychologique et des conseils pratiques pour faciliter le renoncement à conduire (Liddle, McKenna, & Bartlett, 2007, p. 304; Gustafsson et coll., 2011). Pour leur part, Windsor & Anstey proposent d'utiliser les principes qui sous-tendent la théorie sociale cognitive de Bandura ainsi que l'engagement de la famille pour faciliter la transition (2006, p. 209). Par ailleurs, une intervention plus simple, consistant en une feuille présentant les étapes à réaliser pour planifier d'une façon plus personnalisée l'arrêt de la conduite automobile chez les personnes âgées, permettrait l'identification de moyens de transport alternatifs plus près de la réalité des individus (Adler & Rottunda, 2006, p. 233).

Finalement, l'information ou la promotion, demeure une intervention possible afin de préparer le moment où il sera venu de cesser la conduite automobile. Elle se

réalise sous plusieurs formes : séances d'informations exposant les impacts physiques, sociaux et psychologiques reliés à la cessation de conduite (Yassuda, Wilson, & von Mering, 1997), groupes psychoéducatifs à l'adresse des familles et aidants de la personne concernée par l'arrêt de la conduite (Stern et coll., 2008), campagnes promotionnelles gouvernementales pour sensibiliser la population et qui mettent l'accent sur cette période de transition dans la vie des personnes âgées et l'importance du soutien de la famille et des amis proches (Adler & Rottunda, 2006, p. 234). D'ailleurs, la Société d'Assurances Automobile du Québec travaille dans ce sens puisqu'elle a élaboré deux programmes de promotion de la sécurité routière visant à sensibiliser les aînés à la cessation de la conduite (SAAQ, 2011a; SAAQ, 2011b).

6.3. Autres types d'interventions

En complément des deux catégories précédentes, des pistes de solution ont été présentées dans la littérature ne relevant pas des compétences de l'ergothérapeute, mais touchent l'ensemble de la population âgée. Malgré tout, ces solutions sont tout de même importantes à souligner. Il s'agit en fait des politiques de transports qui peuvent être adoptées par les provinces afin de favoriser l'utilisation des moyens de transport alternatifs, comme l'a fait la province de l'Ontario (Mercado, Páez, & Newbold, 2010). Ces politiques favorisent l'investissement dans l'amélioration et le développement des moyens alternatifs de transport qui s'avèrent souvent relégués à la fin de la liste des priorités des ministères. Dans les faits, ces investissements correspondent à environ 35% par année du budget alloué au ministère des Transports de l'Ontario (Mercado, Páez, &

Newbold, 2010). C'est le vieillissement de la population qui a engendré ce genre de politiques qui se veulent un incitatif pour les aînés afin qu'ils utilisent davantage les moyens de transport public.

7. DISCUSSION

La section précédente présentait les résultats obtenus suite à la recension des écrits. Les différentes interventions réalisées auprès des personnes âgées qui sont ou seront confrontées à l'interruption de la conduite d'un véhicule y ont été classées et synthétisées. L'étape actuelle consiste à l'analyse critique des résultats obtenus, si l'on se réfère à la méthode présentée au point 4. Le cadre conceptuel expliqué à la section 5 occupe ici une place importante puisqu'il permet de vérifier, dans un premier lieu, si les interventions énumérées plus tôt se rapportent à l'une ou à l'autre des composantes de l'interaction dynamique qui détermine l'occupation humaine, soit la personne, l'occupation ou l'environnement (Polatajko, et coll., 2008, p. 26). L'utilisation du MCRO - E permet de déterminer les sphères couvertes par les différentes solutions apportées. En second lieu, le schème de référence des étapes du deuil (Kübler-Ross, 1969) permet d'analyser l'intervention par rapport au processus de perte vécu par le client. L'intervention est-elle pertinente selon l'étape où se situe le client? Les sous-points suivants se rapportent à l'annexe IV qui présente la grille d'analyse ayant permis l'évaluation des résultats obtenus à la section 6.

7.1. Analyse selon le MCRO-E

Un moyen rapide pour vérifier la pertinence des interventions est de déterminer si celles-ci ont un effet sur l'interaction personne-environnement-occupation. La figure 1 illustre le modèle afin de mieux comprendre l'interaction entre ces trois construits.

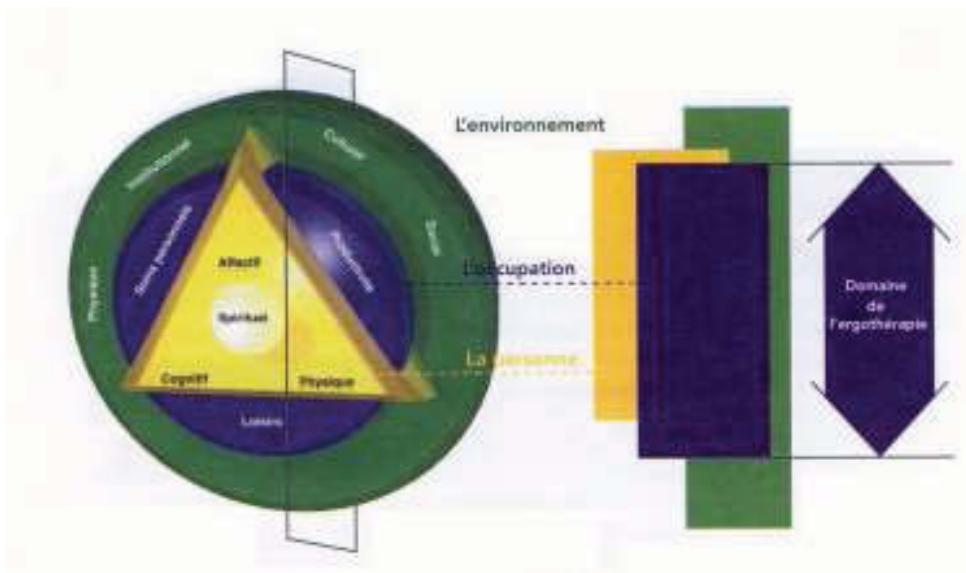


Figure 1. MCRO-E

Tiré de Townsend, E. A., Polatajko et Craik, J. (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de l'engagement, dans Faciliter l'occupation. L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation. Ottawa, ON : CAOT Publication ACE. p. 27, avec l'autorisation de CAOT Publications ACE.

Suite à l'analyse des interventions selon le MCRO-E, il est possible d'affirmer que toutes les solutions relevées peuvent potentiellement être réalisées par un ergothérapeute puisqu'au moins un des construits est abordé par chacune des interventions. Autrement dit, chacune d'entre elles est pertinente pour la pratique ergothérapique étant donné qu'elle touche soit à l'occupation, à la personne ou à l'environnement. En effet, ces domaines, plus particulièrement l'occupation et l'environnement, relèvent davantage du travail de l'ergothérapeute qu'un autre intervenant du système de la santé. Par exemple, l'ergothérapeute, pour qui l'occupation est la chasse gardée, recommande souvent des adaptations de l'environnement pour permettre les occupations de la personne. De plus, le retrait du permis n'entraîne-t-il pas une interruption occupationnelle en ce qui a trait aux activités qui nécessitent une

voiture? Par ailleurs, si une intervention n'abordait que l'aspect affectif de la personne, l'intervention pourrait alors être réalisée par un intervenant relevant du domaine social ou psychologique. La responsabilité qui incomberait alors à l'ergothérapeute concernerait de faire une référence afin de répondre aux besoins du client.

7.2. Analyse d'après les étapes du deuil

Le schème de référence, tel que décrit par Kübler-Ross (1969), ajoute à la réflexion un autre degré de pertinence quant à l'intervention proposée en fonction du temps (et des étapes du deuil) où elle est réalisée. En ayant à l'esprit cette façon d'étudier la situation, cela est pertinent d'affirmer que l'intervention classique demeure incohérente avec les étapes de deuil. En d'autres mots, le fait d'émettre seulement des recommandations et de l'information suite à l'annonce fatidique se révèle peu pertinent puisque le client se retrouve alors à l'étape du choc et du déni. En effet, à ce moment, le client ne conçoit pas que ce qu'il lui arrive est réel, il le rejette. Il ne se sent pas concerné par les informations données par l'ergothérapeute. Il est à supposer que l'intervention s'avère dès lors inefficace, car elle n'atteint pas le but souhaité. Par ailleurs, Kübler-Ross propose qu'il soit préférable de laisser le temps au client d'encaisser le choc et de lui permettre d'amorcer le dialogue lui-même; la phase initiale est habituellement de courte durée (1969, p.35). D'ailleurs, cela concorde avec le MCRO-E qui préconise l'approche centrée sur le client. En effet, cette approche place le client au cœur du processus de décisions et de détermination des objectifs thérapeutiques : en laissant le

client décider du moment le plus opportun pour amorcer le dialogue, l'ergothérapeute ne fait que respecter les choix du celui-ci.

Dans un autre ordre d'idée, les deux autres interventions réalisées auprès des aînés qui ont cessé de conduire s'avèrent à privilégier, en vertu du fait qu'ils s'étalent sur plusieurs rencontres. De même, un suivi de la condition affective du client devient alors possible et permet un recours aux ressources nécessaires plus rapidement. En effet, il est souhaitable qu'une personne qui vit une dépression soit en contact avec un intervenant du système de santé plutôt qu'isolée et seule à la maison.

En ce qui a trait aux interventions réalisées avant la cessation de la conduite, celles-ci s'avèrent davantage à privilégier dans un contexte où l'on tient compte des étapes du deuil parce qu'elles se réalisent avant l'annonce de la perte du permis. Autrement dit, le client n'est par ailleurs pas confronté à un deuil. Effectivement, il est souhaitable de prendre conscience de la diminution de ses capacités, de planifier l'arrêt ou même d'être simplement sensibilisé qu'un jour, il faudra arrêter la conduite pour faciliter la transition une fois ce jour arrivé. À ce sujet, comme indiqué plus tôt, la SAAQ a développé deux documents qui prônent la sécurité routière et qui visent, entre autres, à sensibiliser l'aîné à autoréguler la cessation de sa conduite (SAAQ, 2011a; SAAQ, 2011b).

Tel qu'il a été constaté dans cet essai, il n'existe, à l'heure actuelle, que très peu d'écrits documentant les interventions suivant l'interruption de la conduite d'un véhicule chez les aînés. Pourtant, la hausse prévue de la proportion de la population âgée fera se multiplier les cas où des personnes se verront retirer leur privilège de conduire. Le présent essai a tenté de répondre à certaines questions soulevées : l'ergothérapeute peut-il ou encore doit-il intervenir? Si oui, quelle est l'intervention la plus pertinente? Est-ce le rôle de l'ergothérapeute d'agir dans ce genre de situation? Suite à une analyse critique des interventions répertoriées dans la littérature, il est maintenant possible de répondre à ces interrogations par le biais de recommandations pour la pratique.

7.3. Recommandations pour la pratique ergothérapique

La recension des écrits a permis de ressortir différentes interventions qui ont pu être classées dans 3 catégories, soit les interventions pour les personnes âgées qui ont cessé de conduire, les interventions pour les aînés qui sont sur le point de cesser de conduire et les interventions relatives aux politiques gouvernementales. Afin de déterminer quelles interventions sont les plus pertinentes puis lesquelles relèvent des ergothérapeutes, une analyse critique a été effectuée en se basant sur un cadre conceptuel intégrant à la fois le MCRO-E (Polatajko et coll., 2008) et les étapes du deuil (Kübler-Ross, 1969).

Il ressort de cette analyse que les interventions à privilégier en premier lieu concernent celles réalisées précocement à la cessation de la conduite. En d'autres mots,

la promotion et la prévention doivent être priorisées, que ce soit par le biais de messages à la télévision ou à la radio, d'envoi de brochures lors du renouvellement du permis, des ateliers de sensibilisation ou bien par du contenu interactif en ligne sur Internet. Parmi ces méthodes, certaines s'avèrent plus efficaces que d'autres avec la population âgée, comme par exemple les ateliers de sensibilisation offerts par la SAAQ ainsi que l'utilisation d'Internet, qui s'avère moins coûteux que les messages télévisuels et radiophoniques (Boucher, 2012). En effet, ces interventions permettent aux individus de se préparer au moment où il leur faudra renoncer à la conduite automobile, facilitant la transition puisque les changements ont été modulés par eux. Cette recommandation requiert ici, une implication de l'ergothérapeute dans le but de promouvoir ces interventions puisqu'il se trouve au cœur de la situation lorsqu'il doit évaluer la conduite automobile d'une personne. Par son expérience et son savoir, il est un élément essentiel au développement de cette catégorie d'interventions.

La seconde recommandation concerne l'utilisation d'un programme semblable au UQDRIVE ou d'amorcer une thérapie comme celle de la théorie sociale cognitive de Bandura dans le but de permettre à l'intervenant d'effectuer un suivi rapproché de la condition physique et mentale du client. Puisque le programme se déroule sur plusieurs semaines et favorise les échanges, les professionnels de la santé ont alors un accès plus direct afin de dépister les personnes qui souffrent davantage de la perte de leur permis. L'ergothérapeute n'est pas absolument essentiel pour la réalisation de cette recommandation, car plusieurs intervenants en santé peuvent suivre la formation du

programme et la thérapie sociale cognitive peut être prise en charge par d'autres intervenants, par exemple un psychologue. En ce qui concerne le UQDRIVE, une étude démontre un taux de satisfaction élevé des participants, surtout en regard des transports alternatifs, de la planification du renoncement de la conduite et du partage des expériences (Gustafsson & coll., 2011).

Une troisième recommandation touche davantage le rôle d'agent de changement de l'ergothérapeute. Celui-ci doit promouvoir auprès des villes et provinces la mise en place de moyens afin de palier à la problématique exposée dans cette étude. Il peut s'agir de lois gouvernementales sur les transports alternatifs, comme l'a fait la province de l'Ontario (Mercado, Páez, & Newbold, 2010), ou à plus petite échelle, de favoriser l'établissement de regroupements communautaires répondant aux besoins spécifiques de la région (offre de co-voiturage, etc.), ce qui peut être d'autant plus pertinent en zones rurales où le transport en commun demeure peu développé.

En dernier lieu, l'intervention classique de remettre de l'information sur les moyens alternatifs à la voiture est à proscrire de la manière qu'elle est actuellement délivrée, à moins de s'assurer qu'un suivi soit réalisé sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Par ailleurs, il est grandement souhaité de répartir cette intervention sur plus d'une rencontre afin de laisser le temps au client d'encaisser le choc de la nouvelle et lui permettre de formuler des questions si nécessaires.

7.4. Retombées pour la recherche

La présente étude permet de statuer sur les interventions qui sont réalisées auprès des personnes âgées qui sont confrontées à la cessation de la conduite automobile. De l'analyse qui a été effectuée, il en ressort que les efforts qui sont mis de l'avant afin de prévenir la perte du permis sont d'une importance capitale dans le maintien du rendement et de l'engagement occupationnels chez les aînés.

Par ailleurs, le développement de stratégies et de moyens d'interventions pour appuyer les personnes âgées qui sont confrontées à un arrêt de la conduite automobile s'avère tout aussi primordial face au vieillissement de la population. Il devient donc important de poursuivre les efforts dans ce sens pour favoriser le retour à un rendement occupationnel satisfaisant pour les personnes âgées.

7.5. Limites et forces de l'étude

L'étude présente l'état actuel de la recherche et des interventions réalisées avec la clientèle âgée qui se voit dans l'obligation de cesser l'utilisation d'un véhicule. Le recensement qui a été réalisé ne tenait pas compte des propriétés métrologiques et de l'efficacité des méthodes démontrées puisque peu de recherche n'a été effectuée jusqu'à maintenant sur ce sujet. Celle-ci a été réalisée en français et en anglais, mais à exclut les autres langues. Les recommandations ci-dessus représentent des pistes générales d'intervention qui peuvent guider le thérapeute qui se retrouve face à cette situation.

8. CONCLUSION

En conclusion, la recension des écrits a permis de documenter et de valider la problématique soulevée par cet essai, à savoir quelles interventions sont réalisées auprès des aînés qui sont dans l'obligation de cesser de conduire et relèvent-elles du rôle de l'ergothérapeute? L'on peut constater dès lors que les recherches mettent l'emphase sur la réadaptation pour prolonger la conduite le plus longtemps possible, plutôt que sur la situation des personnes âgées qui ont cessé de conduire. Cet essai avait pour objectif, dans un premier temps, de répertorier les différentes interventions abordées dans la littérature pour ensuite les analyser à l'aide du MCRO-E (Polatajko et coll., 2008) et des étapes de deuil (Kübler-Ross, 1969) dans le but de répondre aux questions ci-dessus. Des recommandations pour la pratique ont été émises suite à cette analyse. Il en ressort que les interventions à privilégier doivent être réalisées avant l'interruption de la conduite; mais lorsque cela n'est pas possible, il faut davantage axer les efforts sur un suivi qui doit s'étaler sur plusieurs rencontres.

Dans un avenir proche, l'ergothérapeute sera appelé à mettre son rôle d'agent de changement de l'avant afin de pouvoir palier efficacement à la problématique. Ainsi, des solutions intéressantes et novatrices verront le jour dans les prochaines années. Il faudra tout d'abord distinguer les deux facettes du problème puisqu'au Québec, il y a deux réalités : les milieux urbains et les milieux ruraux. Les grands centres tels que Montréal et Québec offrent déjà des alternatives à l'utilisation de la voiture. De plus, les personnes

qui y vivent depuis plusieurs années sont moins à risques de souffrir des conséquences d'un retrait du permis. La réalité est autre pour les personnes âgées vivant au sein de communautés rurales.

Il est à supposer que l'ergothérapie interviendra davantage en milieu rural. Il faudra miser sur des stratégies de développement des communautés. Ici, l'on peut faire appel aux organismes liés aux personnes âgées, tels que la FADOCQ et l'âge d'or, ou encore à des organismes communautaires tels que les Chevaliers de Colomb ou le Cercler des Fermières. Ces organismes pourraient offrir une option de parrainage qui peut s'avérer une bonne alternative en plus de développer des liens entre les personnes d'une même région. Ils pourraient réaliser des ateliers avec les personnes âgées afin de les familiariser avec l'utilisation d'Internet afin d'effectuer leurs achats.

Par ailleurs, le développement de stratégies familiales s'avère également intéressantes. Tout comme les maisons, les voitures pourraient devenir intergénérationnelles, où les coûts reliés à l'entretien du véhicule pourraient être partagés entre la personne âgée et les autres membres de la famille, en échange de transports. La personne âgées est alors moins susceptible de croire qu'elle dérange sa famille à chaque fois qu'elle a besoin de se déplacer.

La présente recherche s'est déroulée davantage dans une optique théorique avec une recension des écrits. Il serait intéressant dans une recherche future de questionner

davantage les ergothérapeutes sur le terrain afin d'avoir leurs points de vue sur la question et aussi pour confronter les résultats de l'étude avec ce qui est possible de faire dans la pratique, surtout dans le contexte actuel de la rareté grandissante des ressources compte tenu notamment du vieillissement de la population. D'ailleurs, les divers fonds de recherche des organismes subventionnaires invitent les chercheurs à cibler des problématiques liées au vieillissement de la population compte tenu des nombreux enjeux que ce phénomène social inédit occasionnera et occasionne déjà (FRSQ, 2012). En outre, il est à présumer que les pressions sur le RSSS qui s'accentue depuis trente ans s'accentueront davantage dans l'avenir (Finances Québec, 2010, p. 7), d'où la pertinence de s'attarder à cette problématique contemporaine.

RÉFÉRENCES

- Adler, G., & Rottunda, S. (2006). Older adults' perspectives on driving cessation. *Journal of Aging Studies*, 20(3), p. 227-235. doi: 10.1016/j.jaging.2005.09.003
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). *Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les personnes âgées*, repéré à :
<http://www.caot.ca/default.asp?pageid=2190&francais=1>
- Bauer, M. J., Rottunda, S., & Adler, G. (2003). Older Women and Driving Cessation. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 2(3), p. 309-325. doi: 10.1177/14733250030023006
- Boucher, V. (2012). *Analyse de deux documents de promotion de la sécurité routière publiés par la SAAQ et destinés aux personnes âgées de 65 ans et plus*.
- Bryanton, O., Weeks, L. E., & Lees, J. M. (2010). Supporting older women in the transition to driving cessation. *Activities, Adaptation & Aging*, 34(3), p. 181-195. doi: 10.1080/01924788.2010.501483
- Cramm, J., Cramm, F., & Osmond, M. (2010). Points of view: the experience and process of driving evaluation and retirement. *Occupational Therapy Now*, 12(5), p. 12-14.
- Dumont, C. (2012). *International Encyclopedia of Rehabilitation : L'identité*, repéré à:
<http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/156>
- DePoy, E., & Gitlin, L. N. (2011). *Introduction to research : Understanding and applying multiple strategies* (4^e éd.). St. Louis, MO : Elsevier Mosby.
- Edwards, J. D., Lunsman, M., Perkins, M., Rebok, G. W., & Roth, D. L. (2009). Driving cessation and health trajectories in older adults. *The Journals Of Gerontology. Series A, Biological Sciences And Medical Sciences*, 64(12), p. 1290-1295.
- Finances Québec. (2010). *Budget 2010-2011: vers un système de santé plus performant et mieux financé*, repéré à : <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2010-2011/fr/documents/VersSystemeSante.pdf>
- Fonds de Recherche Santé Québec [FRSQ]. (2012). *La recherche en santé au Québec. Expertise québécoise et domaines de recherche*, repéré à :
http://www.frsq.gouv.qc.ca/fr/recherche_sante/expertise_quebecoise.shtml

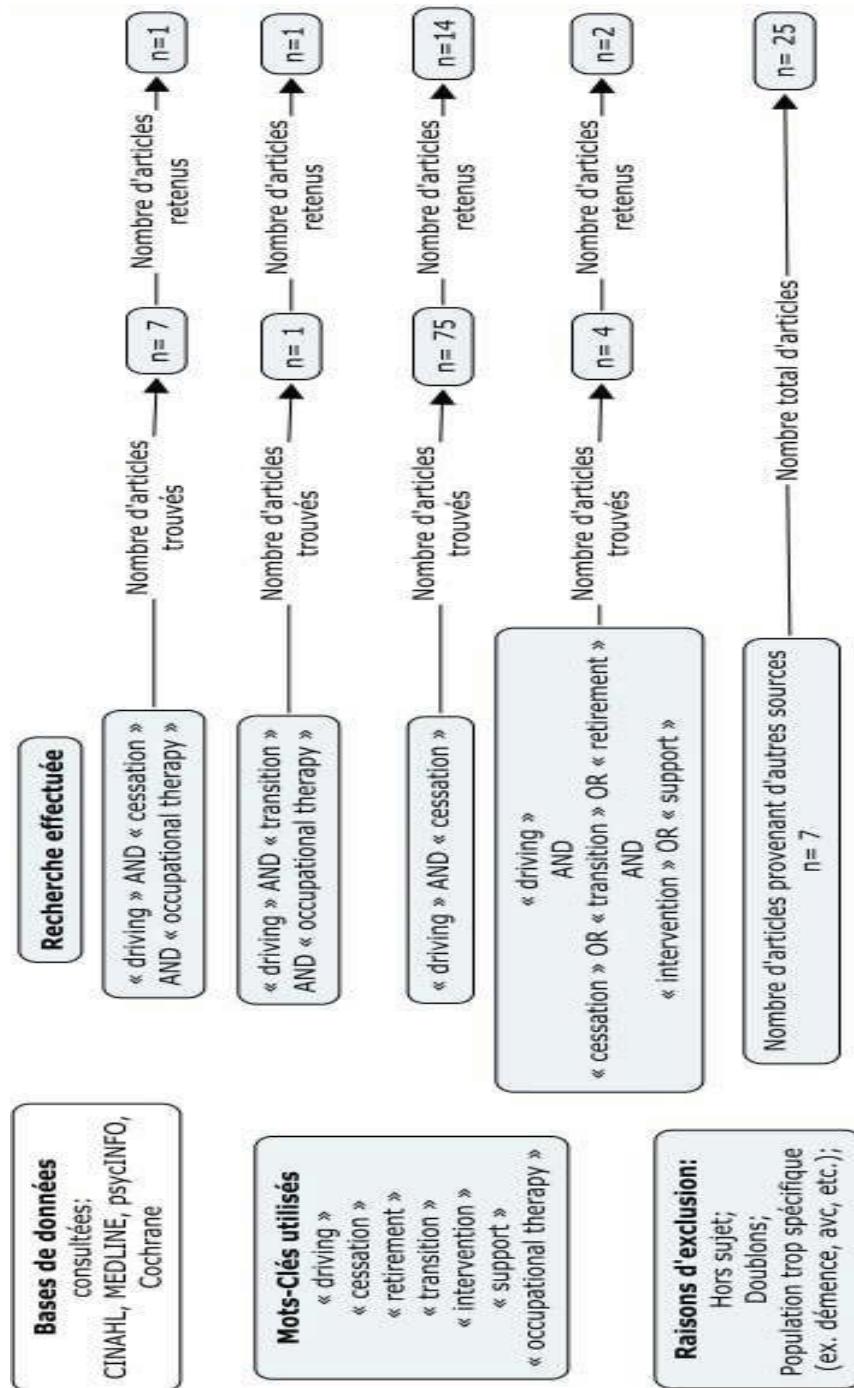
- Gustafsson, L. A., Liddle, J. M., Lua, S., Hoyle, M. F., Pachana, N. A., Mitchell, G. K., & McKenna, K. T. (2011). Participant feedback and satisfaction with the UQDRIVE groups for driving cessation. *Canadian Journal Of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergothérapie*, 78(2), p. 110-117.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*, repéré à :
<http://lib.myilibrary.com.biblioproxy.uqtr.ca/Open.aspx?id=5160&loc=&srch=u&undefined&src=0>
- Laliberte Rudman, D., 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), p. 65-76.
- Liddle, J., McKenna, K., & Bartlett, H. (2007). Improving outcomes for older retired drivers: The UQDRIVE program. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54(4), p. 303-306.
- Liddle, J., Turpin, M., Carlson, G., & McKenna, K. (2008). The needs and experiences related to driving cessation for older people. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(9), p. 379-388.
- MacDonald, N., & Hébert, P. C. (2010). Driving retirement program for seniors: long overdue. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne*, 182(7), p. 645-645.
- Marottoli, R. A., de Leon, C. F. M., Glass, T. A., Williams, C. S., Cooney, L. M., Jr., & Berkman, L. F. (2000). Consequences of driving cessation: decreased out-of-home activity levels. *The Journals Of Gerontology. Series B, Psychological Sciences And Social Sciences*, 55(6), p. S334-S340.
- Mercado, R., Páez, A., & Newbold, K. B. (2010). *Transport policy and provision of mobility options in aging society : a case study of Ontario, Canada*. *Journal of Transport Geography*, 18(5), p. 649-661.
- Mezuk, B., & Rebok, G. W. (2008). Social integration and social support among older adults following driving cessation. *The Journals Of Gerontology. Series B, Psychological Sciences And Social Sciences*, 63(5), p. S298-S303.
- Paillet, P. (2004). *Douze devis méthodologiques pour une recherche de maîtrise en enseignement*, repéré à :
<http://www1.educ.usherbrooke.ca/cours/maestria/doc/12guiasmetodologicas.PDF>

- Pellerito, J. M., Jr. (2009). The effects of driving retirement on elderly men and women living in metropolitan Detroit. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 25(2), p. 135-153.
- Pickard, J. G., Tan, J., Morrow-Howell, N., & Jung, Y. (2009). Older drivers retiring from the road: an application of the selection, optimization, and compensation model. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 19(2), p. 213-229.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmerman, D. (2008). Préciser le domaine de préoccupation : L'occupation comme base. Dans *Faciliter l'occupation. L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation.* (pp. 15-42). Ottawa, ON, CAOT Publications ACE.
- Ragland, D. R., Satariano, W. A., & MacLeod, K. E. (2005). Driving cessation and increased depressive symptoms. *The Journals Of Gerontology. Series A, Biological Sciences And Medical Sciences*, 60(3), p. 399-403.
- Siren, A., Hakamies-Blomqvist, L., & Lindeman, M. (2004). Driving Cessation and Health in Older Women. *Journal of Applied Gerontology*, 23(1), p. 58-69. doi: 10.1177/0733464804263129
- Société Assurance Automobile du Québec (SAAQ). (2011a). *La sécurité routière n'a pas d'âge*, repéré à : http://www.saaq.gouv.qc.ca/documents/documents_pdf/prevention/pas_dage.php
- Société Assurance Automobile du Québec (SAAQ). (2011b). *Au volant de ma santé*, repéré à : http://www.saaq.gouv.qc.ca/publications/prevention/volant_sante.pdf
- Stadnyk, R. (2008). La justice et l'injustice occupationnelles du point de vue de Robin Stadnyk. Dans *Faciliter l'occupation. L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation.* (pp. 93-95). Ottawa, ON, CAOT Publications ACE.
- Statistiques Canada. (2012). *Recensement de 2011, âge et sexe*, repéré à : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/120529/dq120529a-fra.pdf>
- Stav, W. B. (2004). *Driver rehabilitation : A guide for assessment and intervention*. San Antonio, TX: PsychCorp.
- Stern, R. A., D'Ambrosio, L. A., Mohyde, M., Carruth, A., Tracton-Bishop, B., Hunter, J. C., Daneshvar, D. H., & Coughlin, J. F. (2008). At the crossroads: development and evaluation of a dementia caregiver group intervention to assist in driving cessation. *Gerontology & Geriatrics Education*, 29(4), p. 363-382.

- Vrkljan, B. H., & Polgar, J. M. (2007). Linking occupational participation and occupational identity: An exploratory study of the transition from driving to driving cessation in older adulthood. *Journal of Occupational Science*, 14(1), p. 30-39.
- Webber, S. C., Porter, M. M., & Menec, V. H. (2010). Mobility in older adults: A comprehensive framework. *The Gerontologist*, 50(4), p.443-450. doi: 10.1093/geront/gnq013
- Whitehead, B. J., Howie, L., & Lovell, R. K. (2006). Older people's experience of driver licence cancellation: a phenomenological study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53(3), p. 173-180.
- Windsor, T. D., & Anstey, K. J. (2006). Interventions to reduce the adverse psychosocial impact of driving cessation on older adults. *Clinical Interventions In Aging*, 1(3), p. 205-211.
- Yassuda, M. S., Wilson, J. J., & von Mering, O. (1997). Driving cessation: The perspective of senior drivers. *Educational Gerontology*, 23(6), p. 525-538. doi: 10.1080/0360127970230603

ANNEXE I

Processus d'identification et de sélection des études incluses



ANNEXE II

Étapes des devis de répertoire de pratiques et d'analyse de matériel pédagogique de Paillé (2004, p. 4-6) et du devis de la présente étude

Devis de répertoire de pratiques
<ol style="list-style-type: none"> 1. Délimitation de l'aire couverte 2. Détermination des axes typologiques 3. Recueil/Observation 4. Classification 5. Approfondissement selon les axes typologiques 6. Schématisation et finalisation

Devis d'analyse de matériel pédagogique
<ol style="list-style-type: none"> 1. Explication du cadre conceptuel ou de la grille d'analyse 2. Déconstruction du matériel 3. Analyse 4. Évaluation du matériel 5. Analyse critique de l'évaluation 6. Mise en forme de l'analyse finale

Devis utilisé dans la présente recherche
<ol style="list-style-type: none"> 1. Élaboration des questions de recherche 2. Explication du cadre conceptuel 3. Délimitation de l'aire couverte, c'est-à-dire du corpus à l'étude 4. Collecte de données 5. Classification des données 6. Synthèse des données 7. Analyse critique des données 8. Mise en forme de l'analyse finale et schématisation

ANNEXE III

Tableau des résultats

Les interventions concernant l'arrêt de la conduite répertoriées dans la littérature

Auprès des personnes âgées qui ont cessé de conduire			
Auteurs	Interventions proposées	Modalités (fréquence, durée, autres précisions)	Intervenants impliqués
Cramm, Cramm et Osmond (2010)	<ul style="list-style-type: none"> a) Discussion pour exposer la recommandation et les raisons qui la motivent; b) Remise d'informations sur réactions émotionnelles possibles suite à l'arrêt; c) Proposition de suivi avec autre intervenant; d) Informations sur les alternatives possibles à la conduite dans la communauté; e) Explication des étapes ultérieures. 	<p>Non disponible dans le texte; toutes les interventions énumérées ci-dessous semblent être réalisées durant une même rencontre.</p> <p><u>Note</u> : les coordonnées du thérapeute sont remises, ce qui laisse entrevoir la possibilité d'une autre rencontre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ergothérapeute - Suivi possible avec un travailleur social ou un médecin.
Windsor et Anstey (2006)	Utilisation de l'approche de résolution de problème de la théorie sociale cognitive de Bandura afin de traiter la dépression et l'isolation sociale liées à l'arrêt de la conduite ainsi que pour intervenir sur la réduction de la mobilité. L'approche peut être personnalisée.	Non disponible dans le texte.	L'approche peut être utilisée par des professionnels de la santé qui n'ont pas de formation spécifique en psychothérapie (ex. médecin, infirmière, ergothérapeute, etc.)
Liddle, McKenna et Bartlett (2007)	<p>Programme intensif de l'UQDRIVE s'adressant à la fois aux personnes ayant cessé de conduire ou sur le point de le faire.</p> <p>Composé de 7 modules :</p>	<p>Programme intensif sur 6 semaines, 3-4 h/semaine.</p> <p>Groupe de 8 à 15 participants.</p>	<p>Professionnel de la santé ayant suivi la formation recommandée de 2 jours.</p> <p>(ex. ergothérapeute,</p>

	<p>1) <i>Growing older;</i> 2) <i>Driving later in life;</i> 3) <i>Adjusting to losses and changes;</i> 4) <i>Experiences of retiring from driving;</i> 5) <i>Alternative transport;</i> 6) <i>Lifestyle planning;</i> 7) <i>Advocacy and support;</i></p>		travailleur social, etc.)
2. Auprès des personnes âgées sur le point de cesser de conduire			
Auteurs	Interventions proposées	Modalités (fréquence, durée, autres précisions)	Intervenants impliqués
Adler et Rottunda (2006)	<p>a) Autoévaluation des compétences à la conduite automobile; b) Planification de l'arrêt de la conduite; c) Information/promotion par le biais de campagnes publicitaires;</p>	Par des brochures (par ex. le guide d'évaluation et de conseils des conducteurs âgés de l' <i>American Medical Association</i>), campagnes publicitaires, conférences ou regroupements communautaires.	Non spécifié. <u>Note</u> : conférenciers tels que policiers, anciens conducteurs ou organismes communautaires.
Yassuda, Wilson et von Mering (1997)	<p>Utiliser une approche éducationnelle, telle que les cercles d'étude afin de favoriser :</p> <p>a) Autoévaluation des compétences à la conduite automobile; b) Éducation/information sur l'étape importante de l'arrêt de la conduite.</p>	Non disponible dans le texte	Non spécifié.
Whitehead, Howie et Lovell (2006)	Favoriser la réflexion personnelle et la prise de conscience afin d'amener le client à prendre lui-même la décision d'arrêter de conduire. Le thérapeute accompagne la personne.	Non disponible dans le texte	Professionnels de la santé (sans plus de précision).

Liddle, McKenna, et Bartlett (2007) Gustafsson et coll. (2011)	UQDRIVE Programme de sensibilisation Thèmes : conduire à un âge avancé, conseils de personnes-témoins sur la planification de la cessation, information sur les transports alternatifs. Programme intensif Composé de 7 modules (voir tableau 1)	Programme de sensibilisation : présentation orale de 30-45 minutes + brochure Programme intensif sur 6 semaines, 3-4 h/semaine. Groupe de 8 à 15 participants.	Professionnel de la santé ayant suivi la formation recommandée de 2 jours. (ex. ergothérapeute, travailleur social,...)
Windsor et Anstey (2006)	Théorie sociale cognitive de Bandura et engagement de la famille afin de planifier l'arrêt de la conduite.	Non disponible dans le texte.	L'approche peut être utilisée par des professionnels de la santé qui n'ont pas de formation spécifique en psychothérapie (ex. médecin, infirmière, ergothérapeute,...)
Stern et coll. (2008)	Promotion/information sur l'étape importante de l'arrêt de la conduite spécifiquement adressée à la famille et aux proches aidant du client	Groupes psychoéducatifs de 4 à 10 participants, 4 séances de 2 heures (1 séance par semaine)	Non spécifié

ANNEXE IV

Grille d'analyse des interventions rapportées

Interventions	<u>MCRO-E</u> Avec quelle(s) sphère(s) l'intervention interagit-elle?	<u>Étapes du deuil</u> À quelle étape l'intervention a-t-elle lieu?
Une fois la conduite cessée		
Intervention classique comprenant : <ul style="list-style-type: none"> a) Discussion concernant la recommandation et les raisons qui la motivent b) Informations sur les réactions émotionnelles possibles c) Proposition de suivi avec autre intervenant d) Informations sur les alternatives possibles à la conduite dans la communauté e) Explication des étapes ultérieures à la recommandation 	Personne : (affective : volet émotionnel explorer brièvement) Environnement : (physique : exploration des moyens alternatifs) Occupation : (Mobilité et déplacement : moyens alternatifs)	Selon la littérature, cette intervention se fait au moment du choc Note : Pour c), la proposition se situe au moment du choc, mais le suivi par un autre intervenant sera fait à une autre étape, donc permet un suivi de l'aspect émotionnel.
Approche de résolution de problème de la théorie sociale cognitive de Bandura	Personne : (affective, cognitive) Occupation : Résolution de problème favorisera la reprise des activités	Réalisée sur plusieurs étapes puisque l'approche nécessite plusieurs rencontres, donc permet un suivi de l'aspect émotionnel.
UQDRIVE pour aînés ayant cessé la conduite	Personne : (affective, cognitive) Environnement : (social, physique)	Réalisée sur plusieurs étapes puisque l'approche nécessite plusieurs rencontres, donc permet un suivi de l'aspect émotionnel.

Lorsque la personne âgée est sur le point de cesser		
Autoévaluation des compétences à la conduite automobile	<p>Personne : (affective et cognitive) Prend conscience de ses difficultés.</p> <p>Occupation : Favorise l'engagement dans le choix des activités</p>	Survient avant le début du processus de deuil.
Planification de l'arrêt de la conduite	<p>Personne : (affective et cognitive) Prend conscience de ses difficultés.</p> <p>Occupation : Favorise l'engagement dans le choix des activités.</p>	Survient avant le début du processus de deuil.
Information/ promotion/ éducation	<p>Personne : (affective et cognitive) Par l'augmentation de la sensibilisation au problème</p> <p>Environnement : (social, physique) Par l'augmentation de la sensibilisation au problème</p>	Survient avant le début du processus de deuil.
Politiques gouvernementales, telles que développement des réseaux de transports alternatifs, programme provincial de prévention	Environnement : (social, physique, culturel)	Survient avant le début du processus de deuil.