



Sondage sur les pratiques des médecins de famille et sur la collaboration interprofessionnelle avec des ergothérapeutes en GMF quant au dépistage des conducteurs à risque

Article

Cite this article: Brière-Dulude, S., Melgares, L., Labourot, J., Deslauriers, T., Gélinas, I., Layani, G., & Vachon, B. (2024). Sondage sur les pratiques des médecins de famille et sur la collaboration interprofessionnelle avec des ergothérapeutes en GMF quant au dépistage des conducteurs à risque. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement* 43(2), 266–274. <https://doi.org/10.1017/S0714980823000673>

Received: 11 July 2022
Accepted: 15 May 2023

Mots-clés:

évaluation de la capacité de conduire; dépistage; soins de première ligne; ergothérapie; personnes âgées

Keywords:

assessment of driving capacity; screening; primary care; occupational therapy; older adults

Corresponding author:

Brigitte Vachon;
Email: brigitte.vachon@umontreal.ca

Sandrine Brière-Dulude¹, Lucas Melgares¹, Justine Labourot¹, Tania Deslauriers¹, Isabelle Gélinas², Géraldine Layani³ and Brigitte Vachon⁴

¹École de réadaptation, Université de Montréal, 7077 Av du Parc, Montréal, QC H3N 1X7, ²School of Physical and Occupational Therapy, Université McGill, Davis House I 3654 Prom. Sir William Osler I Montreal, Quebec H3G 1Y5, ³Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Montréal, 2900, boul. Édouard-Montpetit, Montréal (Québec) H3T 1J4 and ⁴École de réadaptation, Université de Montréal, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 7077 Av du Parc, Montréal, QC H3N 1X7

Résumé

Cette étude a sondé 46 médecins de famille québécois quant à leurs pratiques pour l'évaluation et le dépistage des conducteurs à risque afin 1) de mieux comprendre leur niveau de compétence perçue; 2) de recenser les difficultés rencontrées dans le processus de prise de décision et 3) de documenter leurs besoins et attitudes quant à une collaboration plus étroite avec les ergothérapeutes. Les participants (femmes : 84,8 %; moyenne d'expérience : 15,7 (±12,1) ans) ont répondu à un sondage en ligne de 30 questions. Les résultats de cette étude démontrent que malgré un certain confort à effectuer l'évaluation et le dépistage des conducteurs à risque, les médecins ne se considèrent pas comme les professionnels les mieux qualifiés pour ce faire. Ils reconnaissent également le rôle que jouent les ergothérapeutes dans le dépistage de cette clientèle et l'intervention auprès d'elle. Ils voient ainsi la pertinence d'avoir accès aux services de ces professionnels en soins de première ligne.

Abstract

This study documented the perspective of 46 Quebec family physicians regarding the assessment and screening of at-risk drivers to (1) better understand their perceived level of competence; (2) identify the difficulties encountered in the decision-making process; and (3) document their needs and attitudes regarding collaboration with occupational therapists. Participants (female: 84.8%; mean of experience: 15.7 (±12,1) years) completed a 30-question online survey. The results of this study show that although physicians are comfortable assessing and screening at-risk drivers, they do not consider themselves to be the most qualified professionals to do so. They also recognize the role occupational therapists play in screening and providing interventions for these patients. They therefore see the relevance of having access to these professionals in primary care.

Introduction

La forte croissance démographique des personnes âgées représente une tendance mondiale. D'ici 2050, une personne sur six aura plus de 65 ans selon le rapport *Perspectives de la population dans le monde 2022* publié par les Nations Unies. Cette projection pourrait s'élever jusqu'à une personne sur quatre en Europe et en Amérique du Nord (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2022). Au Canada, selon un sondage réalisé en 2018, presque 5 000 000 de personnes de 65 ans et plus avait un permis de conduire et la majorité des hommes de plus de 80 ans continuait de conduire leur automobile (Transport Canada, 2020). Bien que peu de personnes âgées soient impliqués dans des accidents graves, le taux de mortalité des conducteurs de 75 ans et plus est de cinq fois supérieur à la moyenne et le taux de blessures est deux fois plus élevé lorsqu'ils ont un accident (Société de l'assurance automobile du Québec, 2021). Il importe donc que toutes personnes détenant un permis de conduire possèdent les aptitudes requises pour conduire un véhicule de façon sécuritaire ou que celles-ci respectent les conditions, par exemple ne conduire que le jour, établies pour assurer leur sécurité et celle d'autrui (Société de l'assurance automobile du Québec, 2021).

© Canadian Association on Gerontology 2023. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike licence (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the same Creative Commons licence is included and the original work is properly cited. The written permission of Cambridge University Press must be obtained for commercial re-use.



Au Québec, la société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) représente l'autorité mandatée pour protéger la personne contre les risques liés à l'usage de la route et de contribuer à l'application de plusieurs lois et règlements. Notamment, tous les conducteurs doivent satisfaire à des exigences liées à l'état de santé et à la vision. De plus, chaque année, les usagers de la route détenant un permis de conduire québécois doivent obligatoirement signaler à la SAAQ tout changement pouvant nuire à leur capacité de conduire (Société de l'assurance automobile du Québec, 2021). D'ici 2030, la SAAQ estime que les personnes âgées représenteront un peu plus de 25 % de tous les conducteurs sur les routes (Société de l'assurance automobile du Québec, 2021) et plus de 60 % de ces conducteurs seront atteints d'au moins une condition médicale susceptible d'affecter leurs capacités à la conduite automobile (Perreault, 2016).

Le vieillissement normal peut entraîner une diminution des capacités physiques et cognitives, de la vitesse de réaction et des automatismes de la personne ayant une incidence négative sur ses capacités à conduire (Karthaus et Falkenstein, 2016). Ainsi, des mécanismes pour faciliter le dépistage des conducteurs à risque sont mis en place par la SAAQ pour la population âgée de 75 ans et plus. En effet, dès l'âge de 75 ans, les conducteurs doivent remplir un formulaire d'auto-déclaration médical obligatoire. À partir de 80 ans, un rapport d'examen médical, le formulaire M-28, doit être automatiquement rempli tous les deux ans et envoyé à la SAAQ par un médecin pour tous les conducteurs. Ce dépistage systématique, généralement réalisé par les médecins de famille, permet de fournir à la SAAQ une attestation de l'état de santé de leurs patients ou une confirmation de leurs capacités à conduire (Société de l'assurance automobile du Québec, 2021). Dans ce formulaire, le médecin doit rapporter toutes les informations pertinentes sur l'état de santé du conducteur (diagnostic(s), médication, condition(s) associée(s)), sur l'évolution de sa condition ou sur ses capacités fonctionnelles qui peuvent avoir été évaluées soit par lui-même, soit par d'autres professionnels de la santé (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2008). Toutefois, à tout moment, ce même formulaire peut également être rempli et envoyé à la SAAQ par un médecin pour les patients présentant un état de santé susceptible de nuire à leurs capacités à conduire. Ainsi, tous les professionnels de la santé qui ont un doute quant à la capacité à conduire d'un patient ont la responsabilité d'en informer le médecin de famille ou de signaler cette situation directement à la SAAQ (Société de l'assurance automobile du Québec, 2021).

Le médecin de famille et plusieurs autres professionnels sont donc amenés à jouer un rôle de premier plan dans le dépistage de personnes à risque pour la conduite. Voyant couramment ses patients, le médecin est souvent le premier professionnel à identifier des changements de l'état de santé physique et mentale de ces patients ou à être informé des difficultés associées à la conduite de la part d'un proche (AHS Provincial Occupational Therapy Driving Working Group, 2017; Collège des Médecins du Québec, 2007). Lorsqu'il est évident que l'atteinte présente chez le patient peut affecter les capacités nécessaires à la conduite, les recommandations à faire à la SAAQ dans le formulaire M-28 sont plus évidentes. Néanmoins, il peut arriver que les conditions de santé du patient nécessitent l'avis d'un autre professionnel pour s'assurer de dépister adéquatement les conducteurs à risque (Collège des Médecins du Québec, 2007). Selon l'article 4 du code de la sécurité routière (2023), les autres professionnels de la santé habilités et autorisés à faire ce dépistage sont les optométristes, les infirmières, les psychologues et les ergothérapeutes. Les optométristes évaluent la fonction visuelle, l'étendue du champ de vision et la santé oculaire du patient et remplissent le rapport d'examen visuel (Ordre des optométristes

du Québec, 2017). Tout comme les médecins, les infirmières peuvent procéder à une évaluation de la condition de santé du patient en évaluant brièvement les capacités cognitives et physiques dans le but de documenter les risques associés à la conduite automobile pour contribuer au formulaire M-28 (Savoie, Voyer, et Bouchard, 2018). Les psychologues et les neuropsychologues peuvent également contribuer dans le dépistage de conducteurs potentiellement inaptes à la conduite en évaluant les fonctions cognitives de leurs patients (Société de l'assurance automobile du Québec, 2021).

Les ergothérapeutes, quant à eux, possèdent les compétences pour dépister les capacités perceptuelles, cognitives et psychomotrices des patients en se basant sur l'histoire et les habitudes de conduite du patient, les perceptions des proches ainsi que l'observation du patient lors de la réalisation de tâches fonctionnelles (AHS Provincial Occupational Therapy Driving Working Group, 2017; American Occupational Therapy Association, 2007). Le dépistage des capacités à conduire de l'ergothérapeute repose sur une bonne compréhension de l'activité de conduite et des exigences de cette tâche, des capacités physiques et mentales de la personne et de l'environnement de conduite. Certains ergothérapeutes peuvent aussi choisir d'approfondir leur expertise en allant chercher une formation supplémentaire en réadaptation à la conduite automobile leur permettant de procéder à l'évaluation des capacités de conduire sur route et à l'adaptation du véhicule routier. L'évaluation des capacités de conduire sur route est considérée comme la meilleure évaluation de la capacité à conduire (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2008) mais elle peut engendrer des délais, des coûts et du stress pour les aînés. Il importe donc d'assurer un dépistage adéquat des conducteurs à risque afin d'identifier plus efficacement les personnes qui devraient être référées pour une évaluation plus approfondie de leurs capacités physiques et mentales à conduire (Dickerson, Meuel, Ridenour, et Cooper, 2014; Jang et al., 2007).

Selon de nombreuses études, le retrait du permis de conduire peut occasionner une perte d'autonomie, de mobilité et de participation sociale, pouvant accentuer l'isolement social et l'apparition de symptômes dépressifs et diminuer l'état de santé et la qualité de vie (Rapoport, Cameron, Sanford, et Naglie, 2017; Turcotte, 2012). Les discussions portant sur une possible révocation du permis de conduire peuvent être perçues défavorablement par certains médecins en raison des impacts négatifs pour leurs patients et leur désir d'éviter de nuire à leur santé (Bergeron, 2013). De surcroît, les médecins peuvent craindre qu'un signalement à la SAAQ, une recommandation d'évaluation sur route ou d'une révocation de permis, puisse compromettre la relation thérapeutique qu'ils ont avec le patient et sa famille (Betz, Jones, Petroff, et Schwartz, 2013). Ces perceptions sont sans doute accentuées dans un contexte où les médecins ont l'impression de ne pas avoir le temps, les connaissances ou les outils pour procéder adéquatement à une évaluation des risques pour la conduite automobile (Jang et al., 2007). D'ailleurs, certaines études ont démontré que les médecins sont peu formés pour effectuer le dépistage des conducteurs à risque, qu'ils perçoivent avoir un manque de connaissances et ont peu confiance en leur processus de prise de décisions quant à l'évaluation des capacités à conduire (Alkharboush et al., 2017; Jang et al., 2007; Mazer et al., 2016). En 2007, les résultats d'une étude, réalisée dans l'ensemble des provinces canadiennes par Jang et collaborateurs, a démontré que plus de 45% des médecins sondés (n=460) rapportaient ne pas être confiants quant à l'évaluation des capacités à conduire de leurs patients et ne se considéraient pas comme étant le professionnel le plus qualifié pour le faire. Ces résultats concordent avec une autre étude réalisée par Marshall, Demmings, Woolnough, Salim, et

Man-Son-Hing (2012) rapportant que les médecins spécialistes canadiens n'ont pas confiance en leur capacité à réaliser l'évaluation des capacités à conduire de leurs patients, mais qu'ils sont réceptifs aux programmes de formation qui amélioreraient leurs compétences dans ce domaine. Les médecins de famille éprouvent ainsi une pression considérable lorsqu'ils sont appelés à porter un tel jugement (Alkharboush et al., 2017). Le signalement d'incapacité d'un conducteur peut alors constituer un dilemme pour les omnipraticiens entre d'une part, la santé, la promotion de la participation sociale, le maintien de la confidentialité des informations du patient, et d'autre part, la responsabilité d'assurer la protection du public en termes de sécurité routière (Mazer et al., 2016).

Actuellement, au Québec, les ergothérapeutes sont peu intégrés dans les équipes de soins primaires (Dahl-Popolizio, Roman, Trembath, Doebbeling, et Concha-Chavez, 2021; Donnelly, Leclair, Wener, Hand, et Letts, 2016; Locas, Préfontaine, Veillette, et Vachon, 2019). L'ajout d'ergothérapeutes, notamment dans les équipes de groupes de médecine de famille (GMF), pourrait soutenir les médecins dans le processus de dépistage des capacités à la conduite automobile (Dahl-Popolizio et al., 2021; Locas et al., 2019). En effet, l'expertise des ergothérapeutes pour l'évaluation et l'intervention au niveau des occupations de la personne appuie la prééminence de cette profession pour effectuer le dépistage des capacités à conduire (Dahl-Popolizio, Rogers, Muir, Carroll, et Manson, 2017; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2008). Les ergothérapeutes sont donc bien placés pour collaborer avec le médecin afin de bien analyser la situation et trianguler l'information pour faciliter la prise de décision quant aux risques associés à la poursuite de la conduite automobile (Dahl-Popolizio et al., 2017; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2008). De plus, l'ergothérapeute, dans un contexte de dépistage, peut aussi intervenir sur plusieurs aspects associés à la conduite. Notamment, il peut établir un plan d'intervention visant à assurer le maintien des capacités et la sécurité à conduire et adapter l'environnement en vue de permettre à une personne d'utiliser un véhicule routier en tant que conducteur ou passager. En cas de suspension ou de retrait du permis de conduire, l'ergothérapeute peut aussi offrir du soutien pour permettre à une personne de maintenir sa participation sociale et la réalisation de ses occupations (AHS Provincial Occupational Therapy Driving Working Group, 2017; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2008). Ainsi, l'accès à des services en ergothérapie pourrait diminuer les craintes des médecins liées aux impacts de ce type de décision pour leurs patients en sachant que la personne pourrait avoir du soutien de l'ergothérapeute pour maintenir sa participation sociale après la perte du permis de conduire.

Afin de mieux cerner la problématique du dépistage des conducteurs à risque au Québec, un sondage auprès des médecins de famille travaillant dans des GMF a été réalisé afin d'évaluer leur perception de leur compétence et leur niveau de confort décisionnel dans ce contexte. Il est opportun d'étudier cette situation au Québec car, au cours des dernières années, des guides de pratique (Canadian Medical Association, 2015; Collège des Médecins du Québec, 2007) ont été publiés et de la formation a été offerte aux médecins, ce qui a pu modifier la perception qu'ils ont de leurs compétences pour dépister les conducteurs à risque. La présente étude vise ainsi à mieux comprendre le niveau de compétence perçu par les médecins et les difficultés rencontrées par ces derniers lors de ce processus de prise de décision. Elle cherche également à documenter les besoins et les attitudes par rapport à une plus grande collaboration avec les ergothérapeutes pour effectuer le dépistage des conducteurs à risque.

Méthodologie

Une étude quantitative descriptive transversale, prenant la forme d'un sondage en ligne, a été réalisée auprès de médecins de famille de la province de Québec. La recherche par sondage a l'avantage de rejoindre un grand nombre de répondant de manière à obtenir des informations rapidement sur un sujet donné (Fortin et Gagnon, 2016; Ponto, 2015).

Le sondage a été élaboré en s'inspirant du sondage utilisé dans une étude canadienne antérieure ayant documenté les pratiques et les attitudes des médecins de famille dans ce domaine, soit l'étude de Jang et al. (2007). Le contenu, la pertinence des questions et leur clarté ont été révisés par l'équipe de recherche, incluant des experts sur le dépistage des conducteurs à risque et sur les services de première de ligne. Il a été pré-testé auprès de deux médecins de famille, afin de documenter son acceptabilité et le temps requis pour le remplir. Il a été mis en ligne sur la plateforme *Limesurvey Version 3.26.4*. Il comprenait 30 questions séparées en 5 sections permettant de recueillir des informations sur les caractéristiques des pratiques des médecins, leurs attitudes et leurs habitudes quant au dépistage des conducteurs à risque, leurs perspectives quant au rôle de l'ergothérapeute et une section permettant de consigner leurs commentaires. Les critères d'inclusion des participants à l'étude étaient: 1) être un médecin de famille et 2) travailler dans un GMF depuis au moins 6 mois. Trois stratégies de recrutement ont été utilisées : une annonce du projet de recherche a été affichée sur le site Internet du *Réseau 1 Québec* (un réseau d'échange et de connaissances en soins de première ligne dont les membres sont des médecins de famille, chercheurs, cliniciens); l'envoi d'un courriel aux médecins de famille membres des Réseaux de recherche axés sur les pratiques de première ligne (RRAPPL) de l'Université de Montréal, l'Université Laval et de l'Université de Sherbrooke ainsi que l'affichage dans l'Infolettre de la Direction régionale de médecine générale de l'Île de Montréal. Ces différentes stratégies permettaient de rejoindre de nombreux médecins dans la grande région de Montréal ainsi que dans deux autres régions de la province, soit l'Estrie et la région de Québec. Elles ont été choisies car il était impossible de solliciter directement les médecins par courriels. Les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel Excel. Des analyses statistiques descriptives (fréquences, moyennes, écarts-types) ont été utilisées pour analyser l'ensemble des données du sondage. Le projet de recherche a été approuvé par le Comité éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est de l'Île de Montréal.

Résultats

Caractéristiques des participants et de leurs pratiques quant au dépistage des conducteurs à risque

Un total de 57 personnes a ouvert le questionnaire en ligne; 11 ont simplement répondu à quelques questions sociodémographiques et donc ont été exclus de l'échantillon; 45 médecins de famille ont répondu au questionnaire en entier; alors qu'un seul participant a rempli la section sur les caractéristiques démographiques ainsi que la section sur les attitudes par rapport au dépistage des conducteurs à risque.

Le **tableau 1** présente les caractéristiques sociodémographiques des participants. Ceux-ci sont en majorité des femmes (84,8%), et ont entre 1 et 43 années de pratique avec en moyenne 15,7 ($\pm 12,1$) années d'expérience. Le nombre de patients inscrits à chacun de ces médecins varie : 19,6% ont moins de 500 patients, 52,1% ont entre

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants (n = 46)

Variabiles	n (%)	Moyenne et écart-type (années)	Étendue (années)
Sexe			
Homme	7 (15,2)		
Femme	39 (84,8)		
Autre	0 (0)		
Groupe d'âge (année)			
20-30	6 (13)		
31-40	14 (30,4)		
41-50	16 (34,8)		
51-60	6 (13)		
Plus de 60	4 (8,7)		
Années de pratique			
Année(s) de résidence (résidents seulement)	1	1	[1, 1]
Année(s) de pratique totale (excluant les résidents)	45	15,7 ± 12,1	[1, 43]
Année(s) de pratique dans votre GMF actuel	45	9,3 ± 9,2	[1, 35]
Nombre de patients inscrits			
Moins de 500	9 (19,6)		
500-750	24 (52,1)		
751-1000	9 (19,6)		
1001-1500	4 (8,7)		
Plus de 1500	0 (0)		

500 et 750 patients, 19,6% ont entre 751 et 1000 patients et 8,7% ont entre 1001 et 1500 patients. La grande majorité des participants indiquent faire du dépistage des conducteurs à risque (82,6%). Dans la dernière année, 39,1% de ces médecins ont réalisé cette évaluation pour 1 à 5 de leurs patients, 23,9% pour 6 à 10 de leurs patients, 13,1% pour 11 à 15 de leurs patients, 6,5% pour 16 à 20 de leurs patients et 17,4% pour plus de 20 patients. Près de 80% des répondants ont signalé au moins 1 patient à la SAAQ dans la dernière année. 89,1% des médecins rapportent prendre généralement moins de 30 minutes pour effectuer le dépistage de conducteurs à risque dont 23,9% rapportent accorder moins de 10 minutes à cette évaluation.

Attitudes des médecins par rapport au dépistage des conducteurs à risque

En ce qui concerne leurs attitudes, tous les médecins ayant répondu au sondage considèrent que l'évaluation de l'aptitude à conduire des personnes âgées est importante. Toutefois, 28,3% ne se sentent pas à l'aise pour dépister les conducteurs à risque parmi leurs patients et 76,1% ne pensent pas que les médecins de famille sont les plus qualifiés pour identifier et dépister les conducteurs à risque. Par ailleurs, 69,6% des médecins ayant répondu au questionnaire mentionnent que le signalement d'un de leur patient à la SAAQ quant à leurs capacités à conduire peut nuire à la relation thérapeutique. Cependant, 93,5% des répondants sont conscients de l'importance de la révocation du permis, et ce malgré les répercussions négatives que la perte du permis pourrait avoir sur la vie quotidienne des patients (tableau 2).

Pratiques des médecins par rapport au dépistage des conducteurs à risque

En ce qui concerne leurs habitudes de dépistage, près de 65% des médecins ne font que parfois, rarement ou jamais le dépistage de conducteur à risque eux-mêmes et 60% des répondants au questionnaire préfèrent référer leur patient à un autre professionnel, lorsqu'ils doutent des capacités à conduire de leurs patients (tableau 2). À la question "S'il vous arrive de référer des patients en lien avec l'évaluation des aptitudes à conduire, à quel(s) professionnel(s) les réferez-vous?", 91% des répondants mentionnent référer à l'ergothérapeute, 29% à l'infirmière, 31% à l'optométriste et 2% au psychologue. De plus, 80% des répondants réfèrent leurs patients à une évaluation sur route lorsqu'ils sont incertains de leurs capacités à conduire. Plus de 66,7% des médecins rapportent avoir parfois ou souvent ressenti de la pression de la part d'un patient ou de sa famille afin qu'ils reconsidèrent leur décision de le référer pour une évaluation ou de faire un signalement à la SAAQ. D'ailleurs, près du quart des répondants ont indiqué qu'il est déjà arrivé qu'un de leur patient change de médecin à la suite d'un signalement à la SAAQ.

Perspectives des médecins par rapport à la collaboration avec des ergothérapeutes en GMF

Pour ce qui est de leur perspective quant au rôle des ergothérapeutes en GMF (tableau 3), seulement 13,3% des médecins ne sont pas familiers avec le rôle que peuvent avoir les ergothérapeutes relativement au dépistage et l'évaluation des capacités de la conduite automobile. Ainsi, tel que présenté à la figure 1, 91,1% mentionnent référer leurs patients à un ergothérapeute lorsqu'ils

Tableau 2. Attitudes et habitudes de pratique des médecins de famille quant au dépistage des conducteurs à risque (%)

Attitudes par rapport au dépistage (n=46)	Fortement d'accord	D'accord	Désaccord	Fortement en désaccord		
1. Le dépistage des conducteurs à risque est important.	84,8	15,2	0,0	0,0		
2. J'ai confiance en mes compétences pour dépister les conducteurs à risque.	8,7	63	23,9	4,4		
3. Les médecins sont les professionnels les plus qualifiés pour identifier et évaluer les conducteurs à risque.	0,0	23,9	50,0	26,1		
4. Signaler un patient que je considère à risque de conduire nuit à la relation thérapeutique avec mon patient.	30,4	39,2	30,4	0,0		
5. Révoquer le permis de conduire d'un patient a des conséquences trop importantes sur sa vie quotidienne par rapport au risque associé au maintien de son permis.	0,0	6,5	45,7	47,8		
Habitudes de dépistage (n=45)	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	N/A
6. Je connais les habitudes de conduite automobile de mes patients.	0,0	20,0	55,6	20,0	4,4	0,0
7. Je fais moi-même les évaluations de dépistage des conducteurs à risque.	6,7	28,9	42,2	17,8	4,4	0,0
8. Je réfère mes patients à un autre professionnel quand je suis incertain de leurs aptitudes à conduire.	35,6	24,4	20	15,6	2,2	2,2
9. Je réfère mes patients pour une évaluation des aptitudes à conduire sur la route quand je suis incertain de leurs aptitudes à la conduite automobile	53,3	26,7	13,3	4,4	2,2	0,0
10. J'ai déjà ressenti de la pression de la part d'un patient ou de sa famille afin que je reconsidère ma décision de le référer pour une évaluation ou de le signaler à la SAAQ ¹	0,0	17,8	48,9	24,4	8,9	0,0
11. Les patients que j'ai signalés à la SAAQ ont changé de médecin.	0,0	0,0	2,2	20,0	62,2	15,6

¹Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)

Tableau 3. Attitudes des médecins de famille quant à la collaboration avec des ergothérapeutes (%)

Attitudes quant au rôle de l'ergothérapeute (n=45)	Fortement d'accord	D'accord	Désaccord	Fortement en désaccord
1. Je connais le rôle des ergothérapeutes dans le domaine du dépistage et de l'évaluation des aptitudes à la conduite automobile.	28,9	57,8	4,4	8,9
2. Les ergothérapeutes auraient leur place en GMF ¹ pour contribuer au dépistage des conducteurs à risque.	66,7	31,1	2,2	0,0
3. Les ergothérapeutes auraient leur place en GMF ¹ pour favoriser le maintien de l'aptitude à conduire des personnes qui présentent certaines difficultés.	42,2	46,7	11,1	0,0
4. Les ergothérapeutes auraient leur place en GMF ¹ pour faciliter l'adaptation après la perte du permis de conduire d'un patient afin de maintenir sa mobilité et sa participation sociale.	48,9	44,4	6,7	0,0
5. La présence d'un ergothérapeute en GMF ¹ améliorerait le travail en équipe interprofessionnelle pour intervenir sur les aptitudes à conduire de mes patients.	53,3	46,7	0,0	0,0
6. Je me sentirais à l'aise de déléguer le dépistage des conducteurs à risque à un ergothérapeute.	66,7	31,1	2,2	0,0
7. Si j'avais accès au rapport de l'aptitude à conduire d'un ergothérapeute, je serais plus confiant dans ma prise de décision partagée avec mon patient.	86,7	11,1	2,2	0,0
8. Si j'avais accès au rapport de l'aptitude à conduire d'un ergothérapeute, je serais plus confiant dans ma prise de décision quant à signaler mon patient à la SAAQ. ²	80,0	13,3	6,7	0,0

¹Groupe de médecine de famille (GMF)

²Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)

réfèrent à un autre professionnel pour le dépistage et l'évaluation de leurs capacités à conduire. Toutefois, aucun des répondants rapportent avoir accès aux services d'un ergothérapeute dans leur GMF. De surcroît, à l'exception d'un répondant, tous les médecins sont d'accord, voire fortement d'accord que les ergothérapeutes devraient avoir une place en GMF pour contribuer au dépistage des conducteurs à risque. Aussi, 88,9% des médecins participant à l'étude sont d'avis que les ergothérapeutes auraient leur place en

GMF pour favoriser le maintien de la capacité à conduire des personnes qui présentent certaines difficultés à conduire, et 93,3% pour faciliter l'adaptation après la perte du permis de conduire d'un patient afin de maintenir sa mobilité et sa participation sociale. Tous les répondants s'accordent sur le fait que la présence d'un ergothérapeute en GMF améliorerait le travail en équipe interprofessionnelle pour évaluer intervenir sur les capacités à conduire de leurs patients. À l'exception d'un participant, tous les

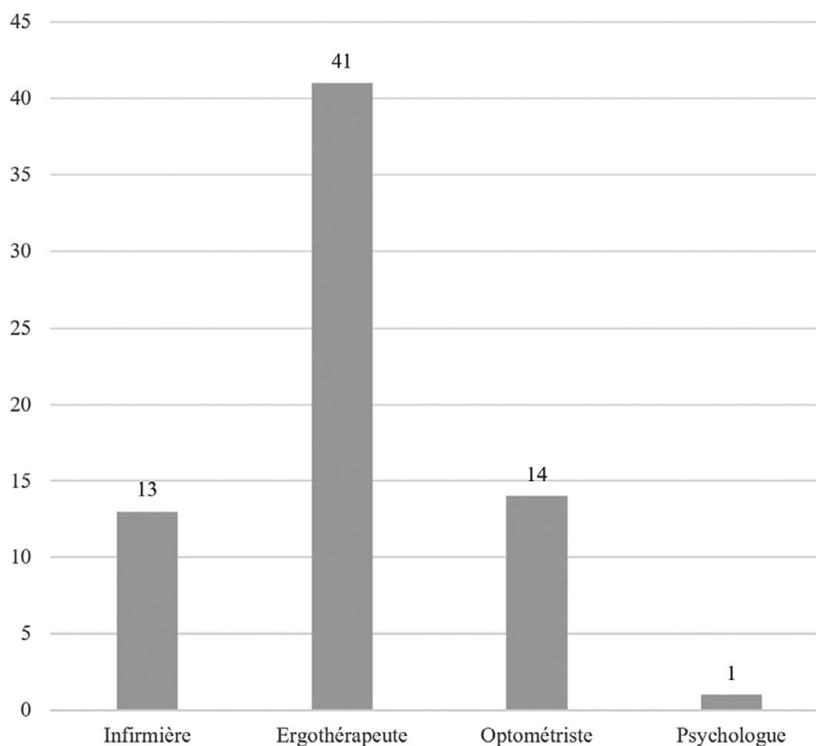


Figure 1. Nombre de médecins participant à l'étude mentionnant référer leurs patients à d'autres professionnels pour l'évaluation de la capacité à conduire ($n = 45$).

répondants répondent qu'ils se sentiraient plus à l'aise de déléguer le dépistage des conducteurs à risque à un ergothérapeute et seraient plus confiants dans leur prise de décision si leur évaluation était appuyée d'un rapport d'un ergothérapeute. 93,3% des médecins seraient plus confiants quant à leur décision de faire un signalement à la SAAQ s'ils avaient accès au rapport d'un ergothérapeute sur la capacité à conduire de leur patient.

Discussion

Les résultats de cette étude démontrent que même si les médecins de famille ont confiance en leurs compétences pour effectuer le dépistage des conducteurs à risque, ils ne se considèrent pas comme étant le professionnel le plus qualifié pour effectuer ce dépistage et ils sont généralement très favorables à collaborer avec d'autres professionnels de la santé, tels que les infirmières, les optométristes, les psychologues et les ergothérapeutes.

Ainsi, les résultats obtenus à notre sondage sont similaires aux résultats obtenus par Jang et al. (2007) qui avaient aussi identifié que de nombreux médecins au Canada ne se considéraient pas les mieux placés pour évaluer les capacités à conduire de leurs patients. Notre étude vient ancrer cette réalité dans le contexte québécois actuel et met en lumière les besoins et les attitudes des médecins de famille quant à une plus grande collaboration avec les ergothérapeutes pour effectuer le dépistage des conducteurs à risque. Par ailleurs, cette perception semble se maintenir malgré le développement d'un guide de pratique et la formation offerte aux médecins au cours des dernières années (Collège des Médecins du Québec, 2007). Parmi les éléments pouvant justifier cela, la durée actuelle des consultations médicales et, de ce fait, le temps accordé au dépistage, soit généralement moins de 30 minutes selon les résultats

de la présente étude, ne permet pas d'effectuer un dépistage adéquat incluant l'administration des tests recommandés pour évaluer les capacités cognitives (Byszewsk, Molnar, Merkley, et Ellen, 2012). De plus, certains médecins distinguent l'évaluation de la présence d'une maladie ou d'un problème de santé pouvant influencer la capacité à conduire de l'évaluation des capacités fonctionnelles nécessaires à la conduite, tâche qu'ils se sentent généralement moins compétents à réaliser (Byszewsk et al., 2012). Concrètement, l'étude de Vedel, Sourial, Arsenault-Lapierre, Godard-Sebillotte, et Bergman (2019) montre qu'au Québec seulement 23,7% des personnes ayant un diagnostic de troubles neurocognitifs ont reçu une évaluation fonctionnelle adéquate des capacités à la conduite automobile dans leur GMF. La raison soulevée par ces auteurs est que l'évaluation des besoins et des capacités à conduire est difficile à réaliser, et que les médecins ont l'impression de ne pas avoir les connaissances et le temps appropriés pour effectuer ce type d'évaluation. De surcroît, les médecins n'ont généralement pas les informations adéquates sur les services privés et dans la communauté pour référer adéquatement leurs patients (Aminzadeh, Molnar, Dalziel, et Ayotte, 2012; Dodd et al., 2014). Cela pourrait expliquer l'intérêt et l'attitude favorables des médecins à collaborer avec des ergothérapeutes en GMF pour l'évaluation des capacités fonctionnelles de la personne pour procéder au dépistage des conducteurs à risque. Cette reconnaissance des médecins démontre d'ailleurs l'importance qu'ils accordent au dépistage et à l'évaluation des capacités fonctionnelles de la personne.

La grande majorité des participants de notre étude reconnaissent l'importance de révoquer le permis de conduire lorsque nécessaire, mais plusieurs d'entre eux perçoivent qu'un signalement à la SAAQ peut nuire à la relation thérapeutique qu'ils ont établie avec leurs patients. Cela peut être expliqué par le fait que la majorité des médecins de famille estiment que le signalement à la

SAAQ des conducteurs à risque les met en conflit d'intérêts (Jang et al., 2007). Effectivement, le signalement d'un conducteur place les médecins dans une position où ils doivent concilier leur responsabilité première pour la santé, le bien-être et l'autonomie de leurs patients avec leur responsabilité envers la protection du public en termes de sécurité routière (Mazer et al., 2016). Pour les patients, la conduite automobile représente également une valeur symbolique importante liée à l'identité et au sentiment de liberté (Al-Hassani et Alotaibi, 2014) et la révocation du permis de conduire est, de ce fait, associé à l'isolement social ainsi qu'à une diminution de l'état de santé et de la qualité de vie (Rapoport et al., 2017; Turcotte, 2012). Par ailleurs, le transport en commun peut être difficile d'accès dans différentes régions en plus d'être coûteux, difficile à utiliser, voire dangereux pour les personnes à mobilité et endurance réduite (Lord, Després, et Ramadier, 2011). Déterminer comment répondre à la responsabilité de soutenir la protection du public avec des actions visant à protéger ou à minimiser les conséquences négatives sur le bien commun tout en s'assurant de maintenir leur obligation principale de fournir les meilleurs soins possibles à leurs patients individuels peut ainsi constituer un dilemme pour les médecins (Mazer et al., 2016). Parmi les stratégies pouvant être utilisées, Betz et al. (2013) suggèrent notamment une discussion préventive avec tout patient vieillissant sur la conduite automobile, évitant le retrait soudain et inattendu du permis de conduire pouvant entraîner des enjeux. Bref, dans la réflexion quant au signalement du conducteur à risque, plusieurs aspects doivent être considérés. Les médecins priorisent la santé de leurs patients (bienfaisance) et cherchent à prévenir et diminuer les dommages (non-malfaisance). Les médecins sont aussi obligés de respecter les choix éclairés de leurs patients (autonomie) et la confidentialité des informations recueillies à leur égard (Mazer et al., 2016). Dans le cas de signalements à la SAAQ, ces principes peuvent être en conflits et c'est à ce moment qu'une divergence décisionnelle peut survenir. À titre d'exemple, cette situation peut s'observer lorsque le médecin possède un doute quant aux capacités de conduire de son patient, mais que celui-ci refuse d'en discuter ou de se soumettre à l'évaluation recommandée par la SAAQ et qu'il continue à conduire malgré les préoccupations de son médecin. Cette situation complexe peut expliquer la raison pour laquelle les médecins préfèrent référer leur patient lorsqu'ils sont incertains quant aux capacités à conduire de leurs patients. Ainsi, la collaboration avec un autre professionnel dans le processus de dépistage peut aider les médecins à réduire le conflit décisionnel ressenti, justifiant l'inclinaison des répondants à référer vers d'autres professionnels. Notamment, les infirmières sont habituellement bien situées pour effectuer un premier dépistage de manière à identifier les potentiels conducteurs à risque (Savoie, Lavallière, Voyer, et Bouchard, 2022). De leur côté, les ergothérapeutes pourraient aider le médecin à objectiver et augmenter l'efficacité du dépistage en contribuant à trianguler les informations, les accompagnant ainsi dans la prise de décision et augmentant leur confort décisionnel dans le signalement à la SAAQ. Ceci justifie d'autant plus l'intérêt des médecins dans la présente étude à accéder aux rapports de l'aptitude à conduire des ergothérapeutes pour les aider dans leur prise de décision.

Alors que les résultats de cette étude soulèvent l'intérêt des médecins à collaborer plus étroitement avec les ergothérapeutes, plusieurs études mettent de l'avant la contribution spécifique de l'ergothérapeute dans le dépistage des conducteurs à risque (AHS Provincial Occupational Therapy Driving Working Group, 2017; American Occupational Therapy Association, 2007; Locas et al., 2019). À ce sujet, la recension des écrits et des lignes directrices

réalisée par Walsh, Chacko, et Cheung (2019) souligne que l'évaluation en ergothérapeute hors route et sur route sont les outils les plus efficaces pour dépister les conducteurs à risque et devraient être davantage utilisées. L'intégration des ergothérapeutes en GMF pourrait diminuer le temps d'attente pour effectuer le dépistage et l'évaluation des capacités à la conduite automobile, augmenter l'accessibilité pour les personnes vivant en région et ultimement améliorer la pratique actuelle du dépistage et l'évaluation de la conduite automobile. Avec les présents résultats, les médecins pratiquant en première ligne constatent l'apport favorable que les ergothérapeutes peuvent avoir particulièrement dans le processus de dépistage, mais aussi dans l'intervention favorisant le maintien du permis de conduire ou le maintien d'une participation sociale satisfaisante après la perte du permis de conduire.

Au sujet d'interventions visant le maintien du permis de conduire, une abondante littérature décrit les interventions nombreuses et variées de l'ergothérapeute visant à améliorer les connaissances, capacités et comportements des personnes âgées avant d'envisager la révocation du permis de conduire (Golisz, 2014). Du côté des interventions post-cessation de conduite, une étude intéressante a démontré qu'un programme d'intervention offert par des ergothérapeutes en Estrie, initialement développé par des ergothérapeutes en Australie, nommé *Vivre sans ma voiture*, permet d'avoir une participation sociale satisfaisante dans la reprise ou la poursuite des activités significatives dans la communauté pour les individus ayant cessé la conduite d'un véhicule (Pigeon et al., 2020). Ce programme consiste à intervenir au cours des différentes phases que la personne traverse lorsqu'elle cesse la conduite automobile (Liddle, McKenna, et Bartlett, 2006). Ces interventions comportent un soutien intensif permettant le partage d'informations, la gestion émotionnelle, la facilitation des habitudes de vie, et la gradation de l'exposition à des méthodes de transport alternatif (Liddle et al., 2006; Pigeon et al., 2020). Ainsi les ergothérapeutes travaillant dans les GMF pourraient, en plus d'effectuer le dépistage, offrir des interventions validées afin de faciliter cette transition occupationnelle et ainsi éviter les répercussions négatives sur la participation sociale, la mobilité et le bien-être de la personne. Ces services sont rarement offerts ou le sont en clinique privée ou dans des centres de réadaptation où seulement les cas prioritaires sont admis de sorte que les listes d'attente sont excessivement longues. En clinique privée, les interventions effectuées sont ponctuelles, dans un milieu non écologique pour le patient et sans réel suivi du maintien de la participation sociale (Sloggett, Kim, et Cameron, 2003). En plus, le patient doit lui-même défrayer les coûts associés au dépistage et à l'évaluation de la conduite automobile, ce qui représente un fardeau financier supplémentaire que le médecin peut avoir tendance à vouloir faire éviter à leur patient (Walsh et al., 2019). Néanmoins, l'intégration des ergothérapeutes en GMF pourrait être favorable pour le continuum de soins des clientèles et assurerait que ceux-ci aient accès à des services de qualité et un suivi facilitant la transition de la conduite et le maintien de la participation sociale en première ligne. De plus, il est probable que les personnes qui présentent une diminution de leurs aptitudes à conduire présenteront aussi d'autres difficultés au niveau de leur rendement occupationnel sur lesquelles les ergothérapeutes peuvent agir afin de favoriser leur maintien à domicile et leur participation sociale (Locas et al., 2019). Ces éléments concordent d'ailleurs avec plusieurs recommandations du plan Alzheimer, adopté au Québec par le Ministère de la santé et des services sociaux, afin de favoriser et faciliter le dépistage et la prise en charge des troubles neurocognitifs (Vedel et al., 2019).

Notre étude présente des forces et certaines limites. Bien que plusieurs médecins aient répondu à notre sondage, le nombre de répondants demeure faible malgré le nombre de médecins que nous avons tenté de joindre par différentes stratégies de recrutement qu'il nous était possible d'utiliser. Ceci peut sans doute aussi être dû au contexte pandémique qui a pu limiter considérablement le temps disponible aux médecins pour participer à une étude. Par ailleurs, les stratégies de recrutement utilisées limitent notre capacité à calculer un taux de réponses à notre sondage puisqu'il n'est pas possible de savoir combien de médecins ont réellement pris connaissance de l'annonce de l'étude et ont décidé ou non d'y participer. Une seconde limite pourrait être attribuée à la stratégie de recrutement qui semble avoir été la plus efficace pour recruter des répondants, soit l'envoi d'un message courriel aux médecins faisant partie des réseaux de recherche axée sur les pratiques de première ligne (RRAPPL) de trois universités du Québec. Ainsi, il est possible de croire que la plupart des participants de notre étude travaillent dans des groupes de médecine familiale universitaires (GMF-U) et que ces médecins pourraient avoir une attitude plus favorable relativement au dépistage et à la collaboration interprofessionnelle que les autres médecins travaillant en GMF. Toutefois, notre échantillon se compose de participants ayant un nombre d'années d'expérience varié et travaillant dans des cliniques où le nombre de patients inscrits varient aussi beaucoup, ce qui peut nous laisser croire que les participants présentent tout de même des profils de pratique différents. Par ailleurs, bien que l'échantillon soit petit, les résultats démontrent un certain consensus quant à la perception qu'ils ont de leurs compétences pour dépister les conducteurs à risque ainsi que leurs attitudes favorables à collaborer de façon plus étroite avec des ergothérapeutes dans ce contexte. Par ailleurs, comme notre étude s'intéressait aux services de première ligne, les médecins de famille n'ont pas pu indiquer dans le sondage s'ils réfèrent leurs patients à un médecin spécialiste plutôt qu'à un autre professionnel pour collaborer au dépistage et si l'utilisation de leurs services est en fait une pratique courante. Toutefois, une force de notre étude est que le sondage développé ne prenait que quelques minutes à remplir, ce qui a probablement contribué à diminuer le nombre de questionnaires partiellement remplis. Enfin, l'anonymat des participants a probablement aidé à réduire le biais de désirabilité sociale, ce qui peut toutefois avoir influencé certaines réponses au sondage.

En conclusion, bien que la majorité des médecins de famille se sentent à l'aise de réaliser le dépistage de conducteurs à risque, leurs attitudes et leurs pratiques démontrent qu'ils sont d'avis que les ergothérapeutes seraient une excellente addition aux équipes des GMF. En effet, la majorité des médecins indiquent ne pas être les professionnels les mieux habilités pour faire le dépistage de conducteurs à risque et qu'ils ont une attitude favorable à collaborer avec les ergothérapeutes pour procéder à cette évaluation. Notre étude démontre qu'il serait grandement pertinent d'intégrer davantage les ergothérapeutes en GMF afin, entre autres, de faciliter le travail en équipe interprofessionnelle et d'améliorer le confort décisionnel des médecins en lien avec le signalement d'un conducteur à risque. Finalement, l'apport de l'ergothérapeute en GMF pourrait aussi être bénéfique pour favoriser le maintien des capacités à conduire et la transition occupationnelle à la suite de la cessation de conduite automobile.

Supplementary material. The supplementary material for this article can be found at <http://doi.org/10.1017/S0714980823000673>.

Références

- AHS Provincial Occupational Therapy Driving Working Group. (2017). *Occupational Therapy Practice Guide for Enabling Participation in Driving*. Alberta Health Services. Repéré le 20 avril 2023 à <https://caot.ca/document/5894/T11%20Occupational%20Therapy%20Process%20Enabling%20Participation%20in%20Driving.pdf>.
- Al-Hassani, S. B., & Alotaibi, N. M. (2014). The impact of driving cessation on older Kuwaiti adults: implications to occupational therapy. *Occupational therapy in health care*, *28*(3), 264–276. <https://doi.org/10.3109/07380577.2014.917779>
- Alkharboush, G. A., Al Rashed, F. A., Saleem, A. H., Alnajashi, I. S., Almeneesier, A. S., Olaish, A. H., et al. (2017). Assessment of patients' medical fitness to drive by primary care physicians: A cross-sectional study. *Traffic Injury Prevention*, *18*(5), 488–492. <https://doi.org/10.1080/15389588.2016.1274029>
- American Occupational Therapy Association. (2007). *An Older Driver Rehabilitation Primer for Occupational Therapy Professionals*. American Occupational Therapy Association. Repéré le 20 avril 2023 à <https://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/Practice/Aging/Driving/Brochures-and-Fact-Sheets/AMAPrimerLowRes.pdf>.
- Aminzadeh, F., Molnar, F. J., Dalziel, W. B., & Ayotte, D. (2012). A review of barriers and enablers to diagnosis and management of persons with dementia in primary care. *Canadian Geriatrics Journal*, *15*(3), 85–94. <https://doi.org/10.5770/cgj.15.42>
- Bergeron, S. (2013). *Exploration des enjeux éthiques entourant le processus d'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile en ergothérapie*. [Thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières]. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/6884/1/030583856.pdf>.
- Betz, M. E., Jones, J., Petroff, E., & Schwartz, R. (2013). "I wish we could normalize driving health": A qualitative study of clinician discussions with older drivers. *Journal of General Internal Medicine*, *28*(12), 1573–1580. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2498-x>
- Byszewski, A., Molnar, F. J., Merkle, V. F., & Ellen, R. L. B. (2012). Driving and dementia toolkits for health professionals and for patients and caregivers. *CGS Journal of CME*, *2*(3), 4.
- Canadian Medical Association. (2015). *Driver's guide: Determining medical fitness to operate motor vehicles*. Repéré le 20 avril 2023 à https://www.uottawa.ca/sites/g/files/bhskd401/files/2022-07/cma_drivers_guide_9th_edition.pdf.
- Code de la sécurité routière. (2023). *chapitre C-24.2*. Éditeur officiel du Québec. Repéré le 20 avril 2023 à <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-24.2#:~:text=Le%20conducteur%20d'un%20v%C3%A9hicule,des%20comportements%20favorisant%20sa%20s%C3%A9curit%C3%A9>.
- Collège des Médecins du Québec. (2007). *L'évaluation médicale de l'aptitude à conduire un véhicule automobile*. Repéré le 20 avril 2023 à <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2007-03-01-fr-evaluation-medicale-aptitude-conduire.pdf?t=1682011108111>.
- Dahl-Popolizio, S., Rogers, O., Muir, S., Carroll, J. K., & Manson, L. (2017). Interprofessional primary care: The value of occupational therapy. *Open Journal of Occupational Therapy*, *5*(3), 11. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1363>
- Dahl-Popolizio, S., Roman, G. A., Trembath, F., Doebbeling, B., & Concha-Chavez, A. (2021). Occupational therapy in primary care – Barriers, pivots, and outcomes: A pilot study. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, *19*(1), 16.
- Dickerson, A., Meuel, D. B., Ridenour, C. D., & Cooper, K. (2014). Assessment tools predicting fitness to drive in older adults: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, *68*(6), 670–680. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.011833>
- Dodd, E., Cheston, R., Fear, T., Brown, E., Fox, C., Morley, C., et al. (2014). An evaluation of primary care led dementia diagnostic services in Bristol. *BMC Health Services Research*, *14*, 592. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0592-3>
- Donnelly, C. A., Leclair, L. L., Wener, P. F., Hand, C. L., & Letts, L. J. (2016). Occupational therapy in primary care: Results from a national survey. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *83*(3), 135–142. <https://doi.org/10.1177/0008417416637186>
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd). Montréal : Chenelière Éducation.

- Golisz, K. (2014). Occupational therapy interventions to improve driving performance in older adults: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, *68*(6), 662–669. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.011247>
- Jang, R. W., Man-Son-Hing, M., Molnar, F. J., Hogan, D. B., Marshall, S. C., Auger, J., et al. (2007). Family physicians' attitudes and practices regarding assessments of medical fitness to drive in older persons. *Journal of General Internal Medicine*, *22*(4), 531–543. <https://doi.org/10.1007/s11606-006-0043-x>
- Karthus, M., & Falkenstein, M. (2016). Functional changes and driving performance in older drivers: Assessment and interventions. *Geriatrics*, *1*(2), 12. <https://doi.org/10.3390/geriatrics1020012>
- Liddle, J., McKenna, K., & Bartlett, H. (2006). Improving outcomes for older retired drivers: The UQDRIVE program. *Australian Occupational Therapy Journal*, *54*, 303–306. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2006.00614.x>
- Locas, V., Préfontaine, C., Veillette, N., & Vachon, B. (2019). Integration of occupational therapists into family medicine groups: Physicians' perspectives. *British Journal of Occupational Therapy*, *83*(7), 458–468. <https://doi.org/10.1177/0308022619883481>
- Lord, S., Després, C., & Ramadier, T. (2011). When mobility makes sense: A qualitative and longitudinal study of the daily mobility of the elderly. *Journal of Environmental Psychology*, *31*(1), 52–61.
- Marshall, S., Demmings, E. M., Woolnough, A., Salim, D., & Man-Son-Hing, M. (2012). Determining fitness to drive in older persons: A survey of medical and surgical specialists. *Canadian Geriatrics Journal*, *15*(4), 101–119. <https://doi.org/10.5770/cgj.15.30>
- Mazer, B., Laliberté, M., Hunt, M., Lemoignan, J., Gélinas, I., Vrkljan, B., et al. (2016). Ethics of clinical decision-making for older drivers: Reporting health-related driving risk. *Canadian Journal on Aging*, *35*(Suppl 1), 69–80. <https://doi.org/10.1017/s0714980816000088>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2008). *Interventions relatives à l'utilisation d'un véhicule routier: guide de l'ergothérapeute*. Repéré le 20 avril 2023 à https://www.oeq.org/DATA/NORME/30~v~guide_auto.pdf.
- Ordre des optométristes du Québec. (2017). *Pour une vision axée sur la sécurité des conducteurs et des usagers de la route*. Repéré le 20 avril 2023 à https://www.ooq.org/sites/default/files/2019-01/ooq_memoiresaaq_fevrier2017.pdf.
- Perreault, S. (2016). *Impaired driving in Canada*, 2015. Juristat: Canadian Centre for Justice Statistics, Statistique Canada. Repéré le 20 avril 2023 à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/161214/dq161214b-eng.htm>.
- Pigeon, C., Blais, E., Grondin, R., Bolduc-Rouleau, E., Fontaine-Pagé, L., Lanoie, N., et al. (2020). Vivre sans ma voiture : une intervention pour soutenir les Canadiens-francophones âgés. *Canadian Journal on Aging*, *39*(4), 614–625. <https://doi.org/10.1017/s0714980819000862>
- Ponto, J. (2015). Understanding and evaluating survey research. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, *6*(2), 168–171.
- Rapoport, M. J., Cameron, D. H., Sanford, S., & Naglie, G. (2017). A systematic review of intervention approaches for driving cessation in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *32*(5), 484–491. <https://doi.org/10.1002/gps.4681>
- Savoie, C., Lavallière, M., Voyer, P., & Bouchard, S. (2022). Road safety of older drivers and the nursing profession: A scoping review. *International Journal of Older People Nursing*, *17*(4), e12452. <https://doi.org/10.1111/opn.12452>
- Savoie, C., Voyer, P., & Bouchard, S. (2018). Évaluation de l'aptitude à conduire des personnes âgées. *Perspective infirmière*, *15*(4), 26–30.
- Sloggett, K., Kim, N., & Cameron, D. (2003). Private practice: Benefits, barriers and strategies of providing fieldwork placements. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *70*(1), 42–50. <https://doi.org/10.1177/000841740307000106>
- Société de l'assurance automobile du Québec. (2021). Guide explicatif du Règlement relatif à la santé des conducteurs. Repéré le 20 avril 2023 à <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4451391>.
- Turcotte, M. (2012). Profile of seniors' transportation habits. *Canadian Social Trends*, *93*, 1–16.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2022). *World Population Prospects 2022: Summary of Results* (UN DESA/POP/2022/TR/NO. 3). Repéré le 20 avril 2023 à <https://www.un.org/development/desa/pd/content/World-Population-Prospects-2022>.
- Vedel, I., Sourial, N., Arsenault-Lapierre, G., Godard-Sebillotte, C., & Bergman, H. (2019). Impact of the Quebec Alzheimer plan on the detection and management of Alzheimer disease and other neurocognitive disorders in primary health care: A retrospective study. *CMAJ Open*, *7*(2), E391–e398. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20190053>
- Walsh, L., Chacko, E., & Cheung, G. (2019). The process of determining driving safety in people with dementia: A review of the literature and guidelines from 5 English-speaking countries. *Australasian Psychiatry*, *27*(5), 480–485. <https://doi.org/10.1177/1039856219848828>