

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	4
2. RECENSION DES ECRITS	6
2.1 Mobilité	6
2.1.1 Définition de la mobilité et statistiques suisses	6
2.1.2 Cadre légal suisse du permis de conduire	7
2.1.3 Vieillesse de la population	9
2.2 Conduite automobile	9
2.2.1 Description et enjeux	9
2.2.2 Rôles identitaires et sociaux	10
2.2.3 Habilités requises à la conduite automobile	11
2.2.4 Cessation de conduite : conséquences	12
2.3 Transition et transfert de mobilité	14
2.3.1 Transition : généralités	14
2.3.2 Modèles théoriques du changement	15
2.3.3 Rôle de l'ergothérapie dans la transition	17
2.3.4 Équilibre occupationnel	19
2.3.5 Transports selon les contextes géographiques et socio-culturels	20
2.4 Réseau social	21
2.4.1 Implication du proche aidant dans le transfert de mobilité	21
2.4.2 Soutien au proche aidant	21
2.4.3 Programmes d'accompagnement et de soutien	22
2.5 Synthèse	23
3. METHODOLOGIE	26
3.1 Design	26
3.2 Contextualisation	27
3.3 Participants	27
3.4 Échantillonnage	28
3.5 Ethique	29
3.6 Déroulement et développement des questionnaires	29
3.7 Analyse de données	31
3.8 Atteinte du consensus	32
4. RESULTATS	33
4.1 Description des participants : données sociodémographiques	33
4.2 Modèles théoriques identifiés	36
4.3 Population cible du programme	37
4.4 Domaines de changement	37
4.5 Finalités du programme et impact	39
4.6 Construction du « Programme de gestion de la mobilité »	40
4.6.1 Aperçu du cadre d'intervention	40
4.6.2 Évolution du consensus	42
4.6.3 Temporalité	43
4.6.4 Contenu et structure des étapes	43
4.7 Liens entre étapes de progression et domaines de changement	46
4.8 Proche aidant et réseau de soutien	46
4.9 Présomptions	47

4.10 Périodes-clés	48
5. DISCUSSION	50
5.1 Aperçu des résultats en contexte.....	50
5.2 Liens avec la recension des écrits	50
5.3 Validité des résultats	52
5.4 Application du programme	53
5.4.1 Éléments manquants à l'application	53
5.4.2 Application selon le contexte.....	54
5.4.3 Implication des professionnels	55
5.4.4 Applicabilité du programme.....	56
5.5 Conclusion	56
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	58

TABLES DES ANNEXES

ANNEXES	I
Annexe 1 : Questionnaire tour 1	I
Annexe 2 : Questionnaire tour 2	VII
Annexe 3 : Questionnaire tour 3	XX
Annexe 4 : Rapport pour le tour 4	XXVII
Annexe 5 : Questionnaire tour 4	XXXVII
Annexe 6 : Lexique	XLI

1. INTRODUCTION

La cessation de conduite suite à une dégénérescence liée à l'âge est une problématique pour laquelle des solutions sont recherchées. Une cessation trop brutale peut avoir comme conséquences une modification de la participation sociale, une restriction de la mobilité, ainsi qu'un changement des habitudes de vie (Curl, Stowe, Cooney & Proulx, 2014). L'arrêt de conduite amène la personne concernée à réorganiser son mode de vie, y compris ses moyens de déplacements. Autrement dit, un transfert de mobilité est nécessaire afin de poursuivre ses activités. Dans le but de limiter les impacts négatifs générés par la cessation de conduite, nous allons explorer, dans sa globalité, le processus de transition traversé par la personne et son proche aidant¹.

C'est au niveau de la transition que l'ergothérapie pourra prendre une place importante dans ce transfert de mobilité. En effet, la conduite est une activité instrumentale de la vie quotidienne (AIVQ) permettant la participation sociale (Hunt & Arbesman, 2008). Un des rôles de l'ergothérapeute sera donc de permettre aux clients d'entretenir leur participation sociale suite à la cessation de conduite en maintenant leurs activités. Il peut également avoir un rôle lors de cette phase de transfert de mobilité pour limiter l'impact négatif d'une modification trop soudaine des habitudes de vie. Il ne s'agit pas seulement de poursuivre la conduite dans des conditions sécuritaires, mais aussi d'aider le client à la prise de conscience et de discuter des alternatives possibles (Hunt & Arbesman, 2008). Pour cela, il serait nécessaire d'identifier le processus que doit suivre le client durant cette intervention.

Etant donné le vieillissement démographique de notre pays (Office fédéral de la statistique, 2010a), la problématique de la cessation de conduite sera de plus en plus rencontrée ces prochaines années. Nous souhaitons davantage l'étudier afin de pouvoir amener des éléments utiles à l'élaboration d'une future formation post-grade des ergothérapeutes sur l'intervention dans le domaine de la conduite automobile.

Pour investiguer cette problématique, nous avons exploré les différentes composantes à prendre en compte dans un programme de gestion de la mobilité chez les personnes âgées dans l'optique d'une cessation de conduite. Cela a été possible grâce à la réalisation d'une étude basée sur la méthode *Delphi* avec la participation d'experts internationaux et la recherche d'un consensus sur la thématique.

¹ Dans ce travail, nous emploierons le terme « proche aidant » au singulier, tout en étant conscients qu'il pourrait y en avoir plusieurs pour le même client.

Dans ce travail, nous cherchons ainsi à :

- Identifier la problématique et définir les différentes étapes et les objectifs-clés constituant chaque phase de transfert de mobilité ;
- Définir les buts à long terme de ce processus de transfert de mobilité ;
- Définir les différents domaines dans lesquels des changements s'opèrent ;
- S'approcher au plus près d'un consensus entre les experts contactés afin de permettre une cohérence et une complétude du cadre d'intervention proposé ;
- Permettre l'élaboration d'un cadre d'intervention à l'aide des résultats obtenus dans notre étude ;
- Évoquer les prestations (solutions alternatives à la conduite automobile) que l'ergothérapeute et d'autres professionnels peuvent apporter lors d'une transition de la conduite jusqu'à son arrêt, afin de compléter les besoins d'une étude en cours en vue d'une implémentation future.

Dans un premier temps, une recension des écrits rassemblant les bases théoriques des thèmes relatifs à l'objet de notre travail sera effectuée. Différents thèmes seront pris en compte tels que la conduite automobile, la mobilité, la transition et le transfert de mobilité, et le réseau social intervenant. Puis, la méthodologie utilisée dans le cadre de ce travail sera explicitée. Une troisième partie présentera le programme d'intervention obtenu au travers d'un consensus. Finalement, une discussion des résultats obtenus apportera une conclusion à ce travail, ainsi qu'une réflexion quant à l'implémentation possible de ce programme.

2. RECENSION DES ECRITS

2.1 Mobilité

2.1.1 Définition de la mobilité et statistiques suisses

La mobilité est essentielle au fonctionnement actuel de notre société et se développe toujours plus, avec des moyens de transports en constante évolution. C'est un terme générique que nous définirons ici comme le déplacement d'une personne d'un endroit à un autre, dans le but de réaliser des activités ou de simplement se déplacer pour le plaisir, quelque soit le moyen de transport utilisé.

La mobilité permet d'accomplir des activités telles que le travail, les loisirs, la formation, les achats, les services, les transports de marchandises, etc. (Stinchcombe, Odenheimer & Bédard, 2015). Elle ne sert pas uniquement à la réalisation d'activités, mais apporte d'autres éléments essentiels à une personne. En effet, de nombreux auteurs s'accordent à dire que la capacité de se déplacer favorise notamment la participation sociale et occupationnelle au sein d'une communauté, ce qui renforce le sentiment d'appartenance à la société (Mackett, 2015 ; Polgar, 2011 ; Mezuk & Rebok, 2008 ; Marottoli et al., 2000). Ce sentiment est décrit comme un besoin fondamental de l'être humain (Larivière, 2008). Partant de ce principe, il paraît évident qu'une personne qui se verrait retirer subitement son moyen de mobilité habituel serait déstabilisée dans ses habitudes de vie.

En Suisse, plusieurs types de mobilité sont recensés : la mobilité douce², les transports publics routiers, les chemins de fer et transports à câble et le trafic routier motorisé privé. Comme démontré par les statistiques suisses sur la **Figure 1**, la mobilité motorisée privée en 2011 est le principal mode de déplacement en Suisse. Elle représente près des trois quarts des kilomètres parcourus, dont 74% sont des voitures de tourisme (OFS, 2013). On remarque donc qu'une voiture de tourisme conduite par un particulier est le moyen de transport le plus représenté. Comme cité précédemment, la capacité de se déplacer permet de favoriser la participation sociale et occupationnelle. Le lien peut donc être fait avec la conduite automobile qui elle-

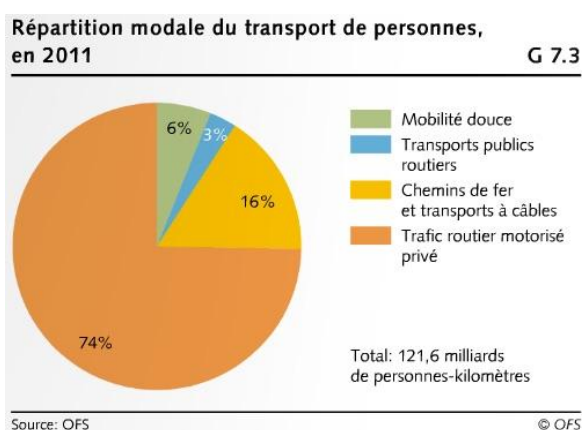


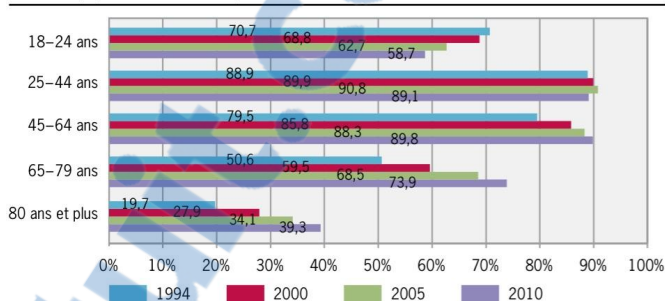
Figure 1 : Répartition modale du transport de personnes, en 2011 (OFS, 2013, p. 47).

² Selon l'OFS, « la mobilité douce désigne l'ensemble des déplacements à pied, sur roues ou roulettes, animés par la seule force musculaire humaine » (2013, p. 23).

même permet le maintien de la mobilité. D'ailleurs, il est rapporté qu'en 2010, la part du transport individuel motorisé dans la distance journalière en Suisse représentait 66% (OFS, 2013).

Le pourcentage de personnes de 65 ans et plus qui possèdent un permis de conduire a considérablement augmenté en 15 ans. La **Figure 2** montre que les personnes entre 65 ans et 79 ans en possession d'un permis ont passé d'environ 51% à 74% entre 1994 et 2010, soit une hausse de 45% en une quinzaine d'années (OFS, 2012a). Quant aux 80 ans et plus, les chiffres ont presque doublé : 39,3% en possédaient un en 2010 contre 19,7% en 1994 (OFS, 2012b). Cette hausse peut être expliquée notamment par l'augmentation de l'espérance de vie, l'amélioration des soins, la démocratisation des véhicules et l'augmentation de la mobilité des personnes.

Possession d'un permis de conduire selon les tranches d'âges, de 1994 à 2010
(en % de la population de 18 ans et plus)



Source: OFS, ARE

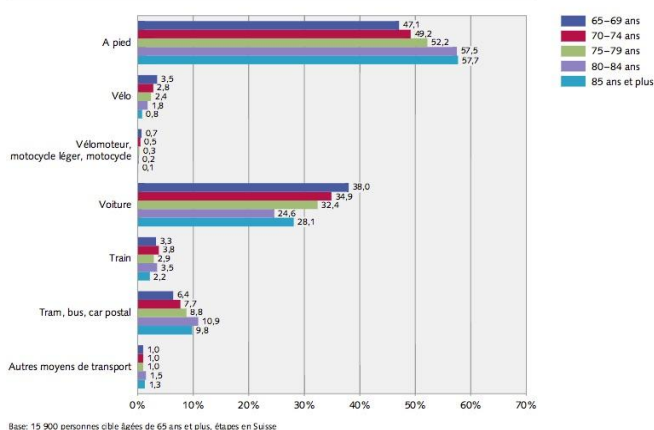
© OFS/ARE

Figure 2 : Possession d'un permis de conduire selon les tranches d'âges, de 1994 à 2010 (OFS, 2012a).

Ce pourcentage montre que, la possession de permis de conduire s'accroissant, il est déductible que la conduite a une importance non négligeable chez les personnes de plus de 65 ans. D'ailleurs, comme montré sur la **Figure 3**, la voiture est le second moyen de transport le plus utilisé pour se déplacer d'un endroit à un autre en Suisse après la marche chez les plus de 65 ans. Les transports publics sont en troisième position (OFS, 2012b).

Choix du moyen de transport des personnes âgées de 65 ans et plus
(en % des étapes)

G 6.4.1



Base: 15 900 personnes citée âgées de 65 ans et plus, étapes en Suisse

© OFS/ARE

Figure 3 : Choix du moyen de transport des personnes âgées de 65 ans et plus (OFS, 2012b, p. 76).

2.1.2 Cadre légal suisse du permis de conduire

Concernant la possession d'un permis de conduire, la législation suisse ne permet la conduite d'une voiture de tourisme uniquement pour une personne en possession d'un

permis B valable (ASA, 2016). La loi³ prévoit que les personnes âgées de 70 ans et plus doivent passer un contrôle médical tous les deux ans (Confédération suisse, 2016 ; Favrat & Pasche, 2012).

Le médecin se prononce alors sur l'aptitude à la conduite et transmet ensuite son évaluation au service des automobiles et de la navigation (SAN) qui décidera du retrait ou non du permis de la personne concernée. Ce choix peut être délicat car le médecin doit interrompre la relation thérapeutique établie avec le client pour prendre un rôle plus objectif. En effet, la décision peut être influencée par le fait qu'ils se connaissent depuis de nombreuses années et rendre difficile pour le médecin d'imposer une telle restriction (Favrat, 2008). Toutefois, l'Office fédéral des routes (OFROU) ajoute que « s'il persiste un doute quant à l'aptitude à conduire d'une personne âgée, le médecin traitant peut confier l'examen médical périodique obligatoire à un médecin-conseil ou à un service spécialisé » (Office fédéral des routes, 1998, p. 8). De plus, l'Association des Médecins de Famille et de l'Enfance Suisse (MFE) stipule que lorsqu'il y a une suspicion d'incapacité de conduire, un conseiller spécialisé dans la conduite automobile peut être sollicité pour une évaluation sur route (PrimaryCare, 2011). Toutefois, la responsabilité d'évaluer l'aptitude à la conduite incombe au médecin. En Suisse, selon la législation en vigueur, il n'y a pas d'autres professionnels appelés à intervenir dans la prise de décision. En réalité, le médecin peut faire appel à des services spécialisés d'évaluation pour effectuer des bilans spécifiques. Par exemple, au sein de la Clinique romande de réadaptation de la Suva, des évaluations de la conduite sont réalisées par des ergothérapeutes sur un simulateur de conduite et par des neuropsychologues pour un bilan des fonctions cognitives. Le médecin de la Suva prend ensuite une décision selon les résultats obtenus aux évaluations (Comte, communication personnelle, juillet 2016).

Lorsque la décision d'arrêt de conduite est prise par le médecin, la personne se voit alors contrainte à un arrêt subit et il n'y a pas de temps de transition possible. La prononciation de ces arrêts va aller en s'accroissant ces prochaines années, phénomène lié à l'accélération du vieillissement de la population. D'ailleurs, le Conseil fédéral a adopté en 2012 un programme d'action (« Via sicura ») avec comme objectif de « (...) s'assurer que seuls des automobilistes bien formés et capables de conduire se déplacent dans des voitures sûres et sur des routes clémentes » (OFROU, s. d.). Dans ce cadre, la possibilité de prononcer une restriction sur la conduite a été révisée par l'adaptation des exigences imposées aux conducteurs et aux professionnels évaluateurs (OFROU, 2015).

³ Article 7 de l'« Ordonnance réglant l'admission des personnes et des véhicules à la circulation routière » du 27 octobre 1976.

2.1.3 Vieillesse de la population

En Suisse, 17,6% de la population se trouve dans la tranche d'âge des plus de 65 ans (OFS, 2013). Selon les prévisions de l'OFS, qui a calculé des scénarios de base, l'accélération du vieillissement de la population est destinée à s'intensifier au cours des prochaines décennies. Ce phénomène est en partie dû à l'allongement de l'espérance de vie (OFS, 2012a). Le nombre de personnes présentant des problèmes médicaux liés à l'âge augmentera donc également (Dickerson, Meuel, Ridenour & Cooper, 2014), contribuant alors au nombre d'arrêts de conduite.

Une étude de l'OFS sur la possession de permis de conduire a été réalisée sur des données récoltées entre 1994 et 2010. On peut y observer une nette progression du nombre de permis de conduire chez les personnes âgées, qui reflète un allongement de la durée de détention du permis. Ces données ne sont pas anodines concernant les effets sur la sécurité routière.

Outre les données recueillies sur le territoire suisse, on remarque que le phénomène est observé avec des variations similaires dans tous les pays développés, dont ceux de l'Europe (Gasior et al., 2012). On peut alors comprendre que le vieillissement est une préoccupation importante dans cette problématique.

2.2 Conduite automobile

2.2.1 Description et enjeux

La conduite automobile est considérée comme une activité instrumentale de la vie quotidienne (AIVQ) (Liddle & McKenna, 2003 ; Burns, 1999 ; Ball, 1997, cités dans Vrkljan & Polgar, 2007, p. 30)⁴. Elle représente, autant pour les hommes que pour les femmes, tout âge confondu, le moyen de transport principal leur permettant de réaliser des activités hors du domicile (Marottoli et al., 2000). Elle est donc une source non négligeable d'indépendance (Vrkljan & Polgar, 2007). La population âgée exprime en effet l'importance de la voiture en tant que moyen de transport, mais surtout, la possibilité qu'elle leur offre à participer à des activités ayant du sens pour elle, externes à leur domicile et favorisant leur intégration dans la société. De ce fait, la conduite automobile peut être associée à un moyen permettant de contrôler son quotidien (Hunt & Arbesman, 2008 ; Vrkljan & Polgar, 2007).

⁴ Traduction personnelle

La conduite automobile contribue activement au maintien de la mobilité de la personne (Mackett, 2015) et lui donne ainsi la possibilité de réaliser ses propres choix dans ses activités quotidiennes (Messinger Rapport & Rader, 2000 ; Mollenkopf, Hieber & Wahl, 2011). Avec l'âge, les personnes âgées deviennent de plus en plus vulnérables face à cette perte de mobilité et à la diminution d'occupations qui s'en suit (Pochet, 2003). De manière générale, la mobilité est considérée comme un prérequis à l'indépendance, pour réaliser des activités sociales et des loisirs (Marcellini et al., 2002). Une étude de Mackett (2015) montre que le fait de faciliter l'accès aux moyens de transports pour les personnes âgées augmenterait leur contribution à la société.

La conduite peut être considérée également comme une occupation en soi (souvent pour les hommes) (Adler & Rottunda, 2006 ; Bauer, Adler, Kuskowski & Rottunda, 2003). Par exemple, certaines personnes conduisent rien que pour le plaisir de parcourir les routes au volant de leur voiture, elles sont particulièrement attachées à cette activité qu'elles considèrent comme un loisir. Dans ce cas, c'est l'activité elle-même qui a de l'importance et qui procure du plaisir (Liddle et al., 2016, p. 115)⁵. D'autres vont au contraire appuyer le fait qu'à leur âge, la conduite n'est pas considérée comme un luxe mais comme une nécessité (Vrkljan & Polgar, 2007, p. 32)⁶.

On remarque alors que la conduite peut prendre une importance et une signification différentes selon les personnes, voire selon le genre des personnes. Toutefois, les résultats d'une étude australienne indiquent que cet écart entre les sexes se rétrécit, donc que l'arrêt de conduite n'est plus aussi différemment envisagé selon qu'on soit un homme ou une femme (Hassan, King & Watt, 2015).

2.2.2 Rôles identitaires et sociaux

La conduite permet de réaliser des activités qui soutiennent l'identité de la personne ainsi que son rôle social (Alsnih & Hensher, 2003). Selon Golisz (2014), chez les personnes âgées, le permis de conduire symbolise la fonctionnalité et les compétences sociales, permet l'indépendance, le sentiment de liberté et l'habileté/capacité à participer à des occupations significatives ainsi qu'à investir des rôles sociaux étroitement liés à la santé et au bien-être. Par ailleurs, la conduite est un moyen qui permet de remplir d'autres rôles occupationnels tels que le volontariat ou la garde des petits-enfants (Vrkljan & Polgar, 2007). En cas de cessation de conduite, la mobilité, la participation dans des rôles sociaux ainsi que l'identité, soutenues jusque-là au travers de la conduite automobile, sont

^{5, 6} Traductions personnelles

entravées (Mollenkopf et al., 1997). En plus d'un changement de mobilité et d'occupations, cela induit un changement d'appartenance à un groupe. En effet, comme le soulignent Pachana, Jetten, Gustafsson et Liddle (2016), cela marque encore davantage le passage à la catégorie des « vieux », celle qui est plutôt en marge de la société et qui se rapproche de la fin de la vie. En d'autres termes, la cessation de conduite est un élément de plus au sentiment de déclin, de deuil de la « jeunesse ».

2.2.3 Habiletés requises à la conduite automobile

La conduite automobile est définie comme une activité de la vie quotidienne complexe (Dickerson, Reistetter, Davis & Monahan, 2011 ; Hunt & Arbesman, 2008) ou une activité fonctionnelle complexe (Chacko, Wright, Worrall, Adamson & Cheung, 2015), parce qu'elle requiert un nombre non négligeable d'habiletés (Anstey, Wood, Lord & Walker, 2005). Selon Hunt et Arbesman (2008), des capacités perceptives, motrices et cognitives sont principalement requises pour une conduite autonome et sécuritaire. Globalement, les habiletés nécessaires à la conduite sont : l'attention, les habiletés visuo-spatiales, les fonctions exécutives, le programme moteur, le jugement, la mémoire, le séquençage, et le traitement d'informations (Anstey, Wood, Lord & Walker, 2005 ; Richardson & Marottoli, 2003 ; Staplin, Gish & Wagner, 2003 ; Duchek, Hunt, Ball, Buckles & Morris, 1997 ; Perryman & Fitten, 1996 ; Owsley, 1994, cités dans Hunt & Arbesman, 2008).

Suite à une dégénérescence liée à l'âge, une péjoration de plusieurs habiletés peut être observée (Anstey, Wood, Lord & Walker, 2005), qui est le développement normal d'une personne (Stutts & Wilkins, 2003). Cette diminution est principalement observée au niveau sensoriel, physique et mental (Stutts & Wilkins, 2003), les capacités fonctionnelles nécessaires à une conduite motorisée sécuritaire se détériorant alors avec l'âge. Elles se manifestent sous diverses formes : déficit d'attention, augmentation du temps de réaction, troubles mnésiques, déficits des fonctions exécutives, déficit visuel, déficit des fonctions physiques, etc. (Hunt & Arbesman, 2008). Ces déficits affectent ainsi les habiletés nécessaires à la conduite (Liddle, Reaston, Pachana, Mitchell & Gustafsson, 2014). Lorsque des problèmes visuels ou moteurs sont décelés, les personnes âgées en sont généralement conscientes et corrigent leur conduite en conséquence.

Toutefois, ils ne se rendent pas forcément compte des éventuels déficits cognitifs qui peuvent apparaître avec l'âge (Visites médicales du permis de conduire, 2014). Cela peut donc provoquer une conduite insécuritaire, des accidents de la route, voire à une cessation de conduite imposée. Toutefois, des études ont démontré que de nombreuses personnes

continuaient à conduire malgré des déficiences observées, mettant alors en danger leur propre vie ainsi que celles des autres (Dickerson, Reistetter, Davis & Monahan, 2011 ; Dellinger, Sehgal, Sleet & Barrett-Connor, 2001).

De plus, l'aspect de la médication est non négligeable dans cette problématique : les personnes âgées représentent une population propice à consommer une grande quantité de médicaments (lors de maladies chroniques notamment), ceux-ci pouvant altérer plusieurs habiletés nécessaires à une conduite motorisée sécuritaire (Dobbs, 2002 ; Pleis & Coles, 2002 ; Rathmore, Mehta, Boyko & Schulman, 1998 ; Janke, 1994 ; Johansson & Lundberg, 1994 ; Ray, 1992, cités dans Stutts & Wilkins, 2003, p. 431)⁷.

Malgré ces résultats démontrant l'apparition de difficultés à la conduite liées à l'âge, ces propos peuvent être nuancés. Selon deux autres études notamment, il a été prouvé que le risque d'accident lié à l'âge est relativement faible et que la plupart des personnes âgées développent elles-mêmes des stratégies d'auto-régulation (Langford, Bohensky, Koppel & Newstead, 2008 ; Braver & Trempel, 2004). Par exemple, certaines personnes évitent de conduire la nuit ou lors de fortes précipitations, d'autres préfèrent ne pas emprunter l'autoroute, certains limitent la durée des trajets, etc.

2.2.4 Cessation de conduite : conséquences

Une personne âgée peut être contrainte à arrêter de conduire pour plusieurs raisons, de manière volontaire ou non. Certaines personnes arrêtent de conduire en raison de problèmes médicaux tels que cités précédemment (King et al., 2011) ou d'autres parce qu'ils ressentent un mauvais état de santé (Dellinger, Sehgal, Sleet & Barrett-Connor, 2011), d'autres en raison du financement qu'incombe une voiture personnelle, ou encore, en tant que choix personnel (Adler & Rottunda, 2006). Or, être capable d'effectuer des déplacements hors de chez soi contribue à la qualité de vie d'une personne âgée (Mackett, 2015, p. 9)⁸.

La qualité de vie a été définie par de nombreux auteurs selon des concepts différents (Felce & Perry, 1995). Elle comprend souvent une notion de satisfaction personnelle. D'ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini en 1997 la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et de système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (Brousse & Boisaubert, 2007, p. 459). Ces

^{7,8} Traductions personnelles

aspects se retrouvent notamment dans la mobilité ; on peut comprendre que la qualité de vie puisse être péjorée si la mobilité l'est également suite à une cessation de conduite.

Lorsqu'une personne arrête de conduire, des conséquences peuvent être observées à plusieurs niveaux : une perte de mobilité conséquente est tout d'abord constatée, engendrant une diminution de participation aux activités que la personne réalisait dans la société, soit en dehors de son domicile. De plus, elle exprime une diminution de sa capacité à se déplacer dans divers lieux (Evans, 2001 ; Rosenbloom, 2001 ; Stutts, Wilkins, Reinfurt, Rodgman & Van Heusen-Causey, 2001 ; Marottoli et al., 2000, cités dans Stutts & Wilkins, 2003, p. 431)⁹.

Outre l'impact sur la mobilité, un arrêt de conduite a également des conséquences sur les domaines psychique et physique de la personne âgée. Des études ont démontré que les personnes âgées ayant cessé de conduire sont plus sujettes à développer des symptômes dépressifs et autres changements psychosociaux (isolation sociale, diminution de la satisfaction de la vie et du sentiment de bien-être) que des conducteurs encore actifs (Liddle, Reaston, Pachana, Mitchell & Gustafsson, 2014). Une augmentation de risques de maladies physiques (AVC, fractures, maladies cardiaques) est également perçue lors de la cessation de conduite (Mollenkopf et al., 1997). Selon une étude de Choi, Lohman et Mezuk (2014), la cessation de conduite est associée à un déclin cognitif plus rapide, d'où l'importance de maintenir un engagement social et physique ainsi que des activités de loisirs qui peuvent protéger le déclin cognitif des personnes âgées.

C'est pourquoi, face à tous ces changements qu'implique une cessation de conduite, les personnes âgées expriment l'importance de maintenir leur permis de conduire le plus longtemps possible. C'est dans le but de repousser autant qu'elle le peuvent le moment où elles seront confrontées à des remaniements conséquents de leurs habitudes de vie (Mezuk & Rebok, 2008). Il est toutefois important d'avoir conscience qu'un jour ou l'autre, que ce soit dû à des facteurs intrinsèques ou extrinsèques, une personne conductrice d'un véhicule motorisé devra cesser de conduire (Vrkljan & Polgar, 2007).

Selon Dickerson, Meuel, Ridenour et Cooper (2014), dans le cas d'une personne rencontrant un problème péjorant la conduite, deux issues sont fréquentes : soit elle reprend le volant sans avoir récupéré ses aptitudes, soit elle arrête de conduire de façon soudaine, ce qui peut provoquer un isolement social ou une cessation des activités. A partir de ce moment-là, la personne rentre dans un processus de transition (Liddle, Reaston, Pachana, Mitchell & Gustafsson, 2014 ; Vrkljan & Polgar, 2007). Cette phase implique une

⁹ Traduction personnelle

perte, ou du moins un changement, d'activités et de rôles au sein de celle-ci (Vrkljan & Polgar, 2007). D'après la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), la cessation de conduite est considérée comme une limitation de l'activité et de la participation (World Health Organization, 2001). La personne qui vivra cette cessation, et donc ce changement, se verra alors contrainte de passer par une phase de transition.

2.3 Transition et transfert de mobilité

2.3.1 Transition : généralités

Les événements survenant dans la vie impliquent continuellement des changements inévitables dans nos habitudes de vie, peu importe le contexte. Lorsqu'une cessation de conduite a lieu, la personne rentre alors dans une phase de changement (Liddle & McKenna, 2003 ; Adler & Rottunda, 2006). Cet arrêt induit donc inévitablement un processus de transition auquel l'ancien conducteur doit faire face (Liddle, Reaston, Pachana, Mitchell & Gustafsson, 2014). Les changements auxquels nous sommes confrontés au cours de la vie sont souvent évoqués, toutefois, sans forcément considérer la transition qui a lieu en parallèle (Droniou, 2012, p. 2). En effet, selon cet auteur, ces deux concepts sont reliés. « Le terme « changement » reflète une réalité concrète et objective vécue par un individu, par exemple un déménagement ou un nouvel emploi. La transition est le volet subjectif du changement, c'est-à-dire l'adaptation interne, psychologique, que l'individu opère face à ce changement » (Droniou, 2012, p. 2).

Liddle, Reaston, Pachana, Mitchell et Gustafsson (2014, p. 1112) caractérisent ce processus comme une transition de vie durant laquelle la personne est amenée à changer ses habitudes de conduite, mais également sa mobilité dans la société et l'acceptation de sa situation. Ils ajoutent que ces éléments contribuent à une transition et des changements non négligeables, comportant des risques pour la personne. En effet, un arrêt de conduite peut engendrer des conséquences négatives sur la santé générale d'une personne âgée (Chihuri et al., 2016). Il peut porter atteinte à la personne et se manifester de différentes façons : symptômes dépressifs, perte d'indépendance et de spontanéité, diminution de la qualité de vie, isolement (Liddle, Reaston, Pachana, Mitchell & Gustafsson, 2014), ainsi que modifier les rôles occupationnels de la personne concernée (Liddle & McKenna, 2003).

2.3.2 Modèles théoriques du changement

Afin de comprendre et d'analyser au mieux cette phase de transition, le choix d'un modèle théorique semblait pertinent à aborder dans la situation d'une cessation de conduite. Le modèle transthéorique de changement (*transtheoretical model of behavior change*), développé par Prochaska et DiClemente, est une théorie du changement comportemental qui se concentre sur le changement vécu par un seul individu. Il s'applique à décrire la façon dont la personne vit la transition d'un comportement à un autre (Velicer, Prochaska, Fava, Norman & Redding, 1998). Ce modèle est constitué de cinq concepts : les stades de changement, les stratégies de changement, la balance décisionnelle, le sentiment d'efficacité et les niveaux de changements.

Selon les auteurs de ce modèle, le changement est décrit en six stades : la pré-contemplation (changement pas planifié), la contemplation (changement considéré dans le futur), la préparation/détermination (préparation du changement dans un futur proche), l'action (début du changement), le maintien (changement du comportement) et la fin (le comportement s'est arrêté) (Tuokko et al., 2014). Ces stades doivent être franchis dans l'ordre énuméré ci-dessus afin que le changement soit bien intégré et puisse se réaliser, le temps nécessaire pour atteindre chaque étape étant variable pour chacun (Université Laval, 2006). Afin que la personne puisse progresser à travers ces stades de changement, il est nécessaire qu'elle utilise diverses stratégies de changement pour pouvoir modifier son comportement (exemples : prise de conscience, exercice du choix). Le concept de la balance décisionnelle est, quant à lui, décrit comme les changements cognitifs survenant au cours de l'évolution dans les stades de changement, permettant ainsi d'évaluer la progression effectuée par la personne (Université Laval, 2006). Le sentiment d'efficacité personnelle se définit par le fait que la personne se sent capable d'adopter les comportements requis dans une certaine situation. Ce sentiment se forge la plupart du temps au travers de la progression dans les stades de changement. Finalement, le dernier concept, les niveaux de changement, a été développé par les auteurs du modèle transthéorique afin de classer les problèmes que les personnes en situation difficile peuvent rencontrer (Université Laval, 2006).

Le modèle transthéorique a été utilisé à de nombreuses reprises pour analyser différentes situations de changements comportementaux, par exemple pour l'arrêt de la consommation de tabac, la perte de poids, la délinquance chez les adolescents, etc. (Lenio, 2006). Il a également été appliqué auprès de conducteurs âgés, retraités de la conduite ou conduisant encore. En effet, il a été suggéré que le comportement des personnes âgées ayant arrêté la conduite peut être conceptualisé selon les étapes de ce

modèle (Sterns, Sterns, Aizenberg & Anapole, 2001, cité dans Tuokko et al., 2014). Une étude réalisée par Kowalski, Jeznach et Tuokko (2014), évaluant les changements de comportement de ces conducteurs et anciens conducteurs, relève que d'autres études sont nécessaires pour examiner davantage les facteurs qui pourraient influencer le comportement de conduite des personnes âgées. De plus, les résultats obtenus démontrent qu'en promouvant l'autorégulation des individus de manière générale, il est possible d'aider les personnes âgées à maintenir leur conduite automobile et ainsi améliorer leur mobilité et leur qualité de vie.

De plus, le modèle transthéorique a été adapté par Liddle, Turpin, Carlson et McKenna (2008), pour réaliser le *Driving Cessation Process Model* (modèle de processus d'arrêt de conduite), dans la problématique de cessation de conduite et les auteurs en ont ressorti trois phases principales.

La phase de **prédécision** (*predecision phase*) : phase durant laquelle certains changements à propos de la conduite sont observés mais où la personne n'a pas encore l'intention de cesser de conduire. Il s'agit d'évaluer les aspects pour et contre un arrêt de conduite (*balancing act*), ainsi que de prendre conscience de la réalité de la situation (*developing awareness*).

La phase de **décision** (*decision phase*) : période durant laquelle la personne prend la décision d'arrêter de conduire. Elle recherche et prend alors en considération des solutions alternatives à la conduite et les évalue (*making the decision*). Elle prend le contrôle dans la prise de décision et le choix qui est fait (*owning the decision*).

La phase de **post-cessation** (*post-cessation phase*) : phase qui est constituée des expériences qui relatent que la personne a cessé de conduire. Une fois qu'elle a trouvé et mis en place des solutions alternatives (*finding new ways*), il s'agit de traverser diverses expériences de perte, d'accepter celles-ci et de développer la capacité à y faire face (*coming to terms*).

Une autre approche qui peut être appliquée dans le cadre d'une transition, en l'occurrence la cessation de conduite, est la *Health Action Process Approach*. C'est un modèle socio-cognitif de changement de comportement dans le domaine de la santé. Il suggère qu'une phase motivationnelle et volitionnelle constituent ce processus de changement (Schwarzer et al., 2003, p. 2)¹⁰. Comme le modèle transthéorique, cette approche est souvent utilisée pour améliorer des comportements/styles de vie nuisant à la santé.

¹⁰ Traduction personnelle

Des liens peuvent être faits entre ces deux approches et notre étude, et leurs principes être pris en compte dans l'élaboration d'un cadre d'intervention en ergothérapie.

2.3.3 Rôle de l'ergothérapie dans la transition

D'ailleurs, Golisz (2014) mentionne l'utilité d'une intervention en ergothérapie en termes de réduction des risques durant cette phase de transition. Lors de cessation de conduite et de la transition qui s'ensuit, le rôle de l'ergothérapeute prend tout son sens si l'on se réfère à son expertise concernant une approche holistique centrée sur les rôles occupationnels d'une personne et de sa qualité de vie (Neistadt & Crepeau, 1998). Lors d'un arrêt de conduite trop abrupt, ces rôles occupationnels risquent d'être changés et la qualité de vie péjorée (Stewart, Fischer, Hirji & Davis, 2016).

De plus, les ergothérapeutes ont amené, jusqu'à ce jour, une nouvelle compréhension de l'implication des fonctions psychiques et physiques dans la conduite, ainsi qu'une dimension préventive quant à l'impact qu'une cessation de conduite pouvait avoir dans la vie d'un individu (Kiernan, Cox, Kovatchev, Kiernan & Giuliano, 1999 ; Galski, Ehle & Williams, 1998 ; Neistadt & Crepeau 1998). La conduite est évaluée comme étant la deuxième AIVQ la plus importante pour les personnes âgées (Fricke & Unsworth, 2001). Partant de ce constat, Liddle et McKenna (2003, p. 128) défendent que l'ergothérapeute peut alors amener une compréhension de l'importance propre à chaque individu que prend la conduite et de l'implication de celle-ci dans le maintien de la qualité de vie¹¹. Pour maintenir ou optimiser au maximum la qualité de vie lors de cette cessation, de nombreux facteurs permettant de l'influencer sont recensés dans la littérature : l'anticipation du changement, la notion d'*empowerment* et la proposition de solutions alternatives.

Un des facteurs principaux permettant de limiter les conséquences au niveau psychique est l'**anticipation** (Liddle, Reaston, Pachana, Mitchell & Gustafsson, 2014 ; Liddle & McKenna, 2003). La cessation de conduite nécessite une préparation car il s'agit d'une modification de rôles importante et également un changement dans la qualité de vie (Liddle & McKenna, 2003, p. 130)¹². La planification, permettant un maintien de la mobilité dans la communauté en cas de cessation de conduite, est un domaine d'action important pour les ergothérapeutes (Bédard & Dickerson, 2014), qui deviennent alors facilitateurs de cette transition. Il a été d'ailleurs démontré que les conséquences négatives (dépression et autres symptômes) pouvaient être minimisées si les personnes se préparent à la transition

^{11, 12} Traductions personnelles

en anticipant la cessation de conduite (Liddle, Reaston, Pachana, Mitchell & Gustafsson, 2014 ; Liddle & McKenna, 2003).

Un autre des facteurs principaux permettant de limiter les conséquences au niveau psychique, selon Liddle et McKenna (2003), est de rendre à la personne son pouvoir de décision (notion d'**empowerment**), dans le but de faciliter l'acceptation de sa situation (Liddle, Reaston, Pachana, Mitchell & Gustafsson, 2014). Il est nécessaire de lui permettre de garder un certain contrôle sur sa vie et donc d'avoir le sentiment que la décision vient d'elle seule. En effet, si certains sont réfractaires à la cessation, c'est souvent qu'il est primordial pour eux que la décision vienne d'eux-mêmes (Liddle & McKenna, 2003).

La notion d'*empowerment* est définie, selon Calvès (2010) comme « la capacité des individus et des collectivités à agir pour assurer leur bien-être ou leur droit de participer aux décisions les concernant (...) ». L'intervention de l'ergothérapeute ne sert donc pas à imposer une décision, mais à fournir le soutien nécessaire à la prise de décision, à aider à la résolution de problèmes et à prévenir une personne de l'isolement social et du risque de dépression (Liddle & McKenna, 2003). Cette notion a notamment été utilisée dans des programmes permettant de faciliter la transition suite à une cessation de conduite (Liddle, McKenna & Bartlett, 2007). Les concepteurs d'un de ces programmes (UQDRIVE) mettent l'accent sur la notion vitale de l'*empowerment* chez les personnes âgées, parce qu'elles veulent garder le contrôle sur leurs vies, tout en incluant le fait de gérer elles-mêmes le processus de cessation de la conduite et de définir les résultats positifs au terme de ce processus (Liddle, McKenna & Bartlett, 2007, p. 304)¹³.

L'*empowerment* peut être soutenu à travers une *enabling approach* (approche habilitante, littéralement « rendant capable »). Cette approche permet de soutenir la personne dans le processus décisionnel de cessation de conduite, en l'encourageant à chercher par elle-même l'aide dont elle a besoin et en lui rendant la possibilité de prendre elle-même les décisions (O'Neill, 2000). A contrario, une approche « restrictive », en anglais « *restrictive way* », (O'Neill, 2000) consiste à signaler au conducteur que sa conduite est dangereuse pour lui et pour les autres et qu'il doit arrêter de conduire (O'Neill, 2000). Ainsi, si l'on rend à la personne la possibilité de prendre la décision, elle développera une meilleure capacité à faire face à ce changement (Blair, 2000).

Selon Liddle et McKenna (2003), une autre plainte des personnes qui cessent de conduire est le manque de **solutions alternatives** facilitant cette transition. Outre le fait de renforcer la notion d'*empowerment*, comme mentionné précédemment, l'utilisation d'une *enabling*

¹³ Traduction personnelle

approach prend également tout son sens pour permettre de trouver des solutions alternatives à la conduite d'un véhicule motorisé personnel. Toujours dans l'idée de « rendre capable » la personne, et qu'elle reste maître de ses propres décisions, il s'agit là de trouver des alternatives à la conduite plutôt que de parler d'arrêt subit (approche « restrictive »), que nous appellerons « transfert de mobilité ».

2.3.4 Équilibre occupationnel

Une occupation est définie par l'*European Network of Occupational Therapy of Higher Education* (ENOTHE) comme « un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur socio-culturelle et un sens personnel (...) » et qui « (...) comprennent les soins personnels, le travail et les loisirs » (Meyer, 2005, cité dans Meyer, 2007, p. 34). L'ergothérapie étant considérée comme la science de l'occupation, le concept d'équilibre occupationnel est souvent mentionné. Ce dernier ne possède pas de définition « unique », toutefois, selon Anaby, Backman et Jarus (2010), il s'agit d'un concept complexe et fondamental pour l'ergothérapie.

D'après Westhorp (2003, p. 234), l'équilibre occupationnel ne se définit pas comme la distribution égale ou une proportion idéale du temps passé dans les occupations, mais davantage comme un agencement harmonieux des occupations qui conduisent à un sentiment de bien-être¹⁴.

L'équilibre occupationnel est une expérience subjective et un processus dynamique, autrement dit qui se modifie au cours du temps (Backman, 2010, p. 232)¹⁵. Le passage à la retraite est un moment phare dans la modification des habitudes de vie. En effet, la vie professionnelle contribue notamment au développement de l'identité, à la création d'une routine, aux interactions sociales et à un sentiment de compétence (Matuska & Christiansen, 2010, p. 156)¹⁶. Ces différents éléments sont chamboulés à l'arrivée de la retraite. Certaines personnes s'adaptent facilement à cette transition en continuant à s'engager dans des activités qu'elles avaient déjà en dehors du travail. Toutefois, d'autres peinent à surmonter ce changement drastique de mode de vie et se retrouvent face à un déséquilibre occupationnel. Ce dernier peut apparaître lorsque le temps passé dans un domaine de la vie est excessif vis-à-vis d'un autre, ou lors d'une sur- ou sous-occupation (Backman, 2010, p.232)¹⁷. Des conséquences psychiques peuvent alors se répercuter sur

^{14, 15, 16, 17} Traductions personnelles

la personne retraitée (Chop, 1999, cité dans Matuska & Christiansen, 2010, p. 156)¹⁸ et entraver son bien-être.

La modification de l'équilibre occupationnel lors du passage à la retraite peut être comparée à la phase de transition suite à un arrêt de la conduite, avec un remodelage de l'équilibre occupationnel de la personne concernée et de son entourage.

2.3.5 Transports selon les contextes géographiques et socio-culturels

N'ayant pas trouvé d'article traitant de la transition lors d'une cessation de conduite dans le contexte de la Suisse, nous pouvons supposer que cette problématique est peu, voire pas du tout investiguée dans ce pays. Nous savons cependant que c'est surtout dans les agglomérations, où les transports publics sont les plus développés, que le taux de motorisation est nettement inférieur à la moyenne suisse (OFS, 2013).

Les personnes âgées qui sont confrontées à la perte de leur permis de conduire craignent de devenir dépendantes des autres et hésitent à utiliser des modes de transport alternatifs, notamment en raison du manque d'information sur ce genre de services (Gardezi et al, 2006, cités dans Polgar, 2011, pp. 69-70)¹⁹. En effet, les transports publics devraient pouvoir offrir une solution alternative à la perte du permis de conduire mais ne représentent pas encore un mode de transport satisfaisant pour les personnes âgées (Liddle, McKenna & Bartlett, 2007). Ce moyen de transport est souvent perçu, pour les personnes âgées, comme stigmatisant, inacceptable et inconvenient (Peel, Wesmoreland & Steinberg, 2002 ; Lister, 1999 ; Hakamies-Blomqvist & Wahlstrom, 1998, cités dans Liddle, McKenna & Broome, 2004). De plus, les participants à une étude effectuée en Australie ont relevé que le manque d'accessibilité aux transports publics est la principale raison pour laquelle ce moyen de transport est très peu utilisé par cette population (Liddle, McKenna & Broome, 2004). Qui plus est, au Royaume-Uni, Mackett (2015, p. 8) souligne que l'obstacle principal à la mobilité des personnes âgées n'est pas liée à leurs capacités, mais bien au système de transports lui-même et à d'autres aspects de l'environnement²⁰.

Plusieurs études démontrent donc que l'ergothérapie a un rôle majeur à jouer lors de la transition entre conduite et cessation de conduite (Al-Hassani & Alotaibi, 2014 ; Golsiz, 2014 ; Gustafsson et al., 2012 ; Liddle & McKenna, 2003), particulièrement au niveau du transfert de mobilité. De nombreuses méthodes et techniques de traitement existent et sont

^{18, 19, 20} Traductions personnelles

utilisées dans ce domaine. Cependant, nous pouvons constater qu'actuellement en Suisse, particulièrement en Suisse romande, il y a un manque de recensement de ces méthodes.

2.4 Réseau social

2.4.1 Implication du proche aidant dans le transfert de mobilité

Selon Liddle et McKenna (2003), dans le but de diminuer la réticence des personnes âgées à arrêter de conduire, une approche holistique, incluant les proches et la famille, est recommandée. En effet, les proches jouent un rôle important car ils peuvent fournir des informations objectives complémentaires et peuvent accompagner la personne dans son processus décisionnel ainsi que tout au long du transfert de mobilité, y compris dans la recherche de solutions alternatives à la conduite automobile (Liddle et al., 2016 ; Liddle & McKenna, 2003).

Les proches de la personne peuvent être une ressource pour elle par différents moyens. Par exemple, dans le cas d'une personne présentant des troubles cognitifs : ces difficultés entravent les habiletés nécessaires à une conduite sécuritaire et également la capacité à prendre des décisions au sujet de la conduite et d'un possible arrêt (Dickerson, Meuel, Ridenour & Cooper, 2014). Selon ces mêmes auteurs, il est donc important, dans ces situations, d'impliquer le proche aidant le plus rapidement possible afin qu'il soutienne dès le début la personne dans ce processus décisionnel.

Outre le soutien psychologique que peut apporter le proche aidant, le réseau social proche de la personne est également une ressource « pratique » en termes de solutions alternatives (Liddle et al., 2016). Par exemple, lorsque la conduite d'un véhicule privé n'est plus possible et que les transports publics sont inadéquats pour les personnes âgées, notamment en ne répondant pas à leurs besoins, ils ne vont plus les utiliser. La famille ou les amis peuvent alors les transporter (Kostyniuk & Shope, 2003) et représentent ainsi une ressource supplémentaire.

Ces exemples démontrent bien l'importance d'inclure les proches aidants dans cette transition (Liddle & McKenna, 2003).

2.4.2 Soutien au proche aidant

On remarque donc que l'accompagnement de la personne en cessation de conduite et celui de ses proches sont indissociables. Le réseau de la personne cessant de conduire est alors important à inclure le plus tôt possible dans le processus de transition (Vrkljan &

Polgar, 2007). Le réseau proche de la personne va être directement concerné par la situation. En effet, selon Vrkljan et Polgar (2007), la période de transition affecte autant la personne qui arrête de conduire que son ou sa partenaire. Par ailleurs, d'autres auteurs soulignent une corrélation entre l'accompagnement d'une personne atteinte de démence et l'augmentation de symptômes dépressifs et anxieux chez le proche aidant (Truzzi et al., 2012). Cette cessation comporte donc également des risques pour les proches aidants. Ainsi, il est nécessaire pour la famille et les proches d'être informés sur les possibilités d'accompagnement et de conseils à la personne (Adler, Rottunda, Rasmussen & Kuskowski, 2000 ; Johnson, 1999 ; Johnson, 1998, cités dans Liddle & McKenna, 2003, p. 129)²¹. Par exemple, au sein d'un couple, la cessation de conduite de l'un d'eux affecte également les occupations de l'autre. L'ancien conducteur a alors le sentiment d'être dépendant de son entourage (époux/se compris-e) (Vrkljan & Polgar, 2011).

Dans une phase de transition aussi considérable qu'une cessation de conduite, des conflits apparaissent parfois, au travers de ces changements, entre l'ancien conducteur et son entourage. En effet, lorsqu'un déclin cognitif est notamment en cause, les conflits éclatent souvent suite à des incompréhensions de la part de la famille ou à un manque de connaissances et d'informations sur le processus que traverse la personne (Liddle et al., 2016 ; Mezuk & Rebok, 2008). Il est alors probable que le proche aidant lui-même requière de l'aide dans la gestion de certaines situations (Liddle & McKenna, 2003). Par exemple, dans la recherche et l'exploration de moyens de transports alternatifs, le proche aidant peut nécessiter de l'aide et demander des informations sur les solutions existantes (Adler, Rottunda, Rasmussen & Kuskowski, 2000). Ainsi, par la suite, il pourra y faire recours au moment opportun et gérer au mieux la mobilité de l'ancien conducteur (Johnson, 1998).

2.4.3 Programmes d'accompagnement et de soutien

Outre le réseau direct de la personne, d'autres ressources humaines peuvent être utiles dans la perspective d'un arrêt de conduite, notamment au travers de divers programmes d'interventions : les professionnels de la santé d'une part, les pairs d'autre part. Une équipe de chercheurs a exploré les bénéfices d'intégrer des *peer leaders* au sein d'un programme d'accompagnement et de soutien, sous forme de séances en groupe composé de personnes en cessation de conduite (The University of Queensland's Driver Retirement Initiative – UQDRIVE) (Liddle, Liu, Aplin & Gustafsson, 2015). Par leur vécu, les pairs apportent des éléments positifs et négatifs de leur propre parcours, notamment concernant

²¹ Traduction personnelle

le recours aux transports publics. Ils aident également les participants à comprendre et accepter les informations apportées par les professionnels de la santé, également impliqués dans ce programme (Liddle, Liu, Aplin & Gustafsson, 2015).

Le UQDRIVE été développé en 2001 (Gustafsson et al., 2012) par des chercheurs ergothérapeutes en Australie, dans le but de limiter les conséquences négatives associées à une cessation de conduite, pour des personnes qui ont arrêté de conduire ou qui le planifient (Liddle, McKenna & Bartlett, 2007). Il se déroule hebdomadairement sur six semaines, notamment sous forme de discussions de groupe de huit à 15 personnes et d'exercices pratiques, basés sur trois principes : l'*empowerment* des personnes âgées, les phases de cessation de conduite et les expériences individuelles (Liddle, McKenna & Bartlett, 2007). De plus, le programme est basé sur les théories de l'ergothérapie, les principes d'apprentissage des adultes et les approches centrées sur le client (Liddle, McKenna & Bartlett, 2007).

Une étude menée par Gustafsson et al. (2011) a montré que dans l'ensemble, les participants étaient satisfaits du programme. Trois aspects jugés utiles ont été ressortis par les participants : trouver des moyens de transport alternatifs, envisager le renoncement à la conduite automobile (anticipation) et partager ses expériences avec des pairs (Gustafsson et al., 2011, p. 110)²².

Ce programme a été mis en place en Australie mais il n'existe pas, à ce jour, de démarche similaire en Suisse. Selon nos recherches, il est le seul à être spécifique à la transition de la conduite. D'autres programmes existent dans le cadre de l'arrêt de conduite, toutefois, ils ne sont pas utiles au même moment. Ils sont prévus soit pour évaluer la conduite, donc dans une phase précédant un éventuel arrêt, soit pour améliorer la conduite, dans l'idée d'allonger la durée de conduite chez les personnes âgées : *Mature Driver Improvement (MDI)* – Californie (Janke, 1994) ; *Knowledge Enhances Your Safety (KEYS)* – USA (Stalvey & Owsley, 2003).

2.5 Synthèse

Pour clore cette recension des écrits, de nombreux éléments pertinents ressortent de la littérature et ont ainsi menés notre étude vers un objectif de recherche. En résumé, la mobilité, thème largement exploré, permet de renforcer la participation sociale et le sentiment d'appartenance à la société (Polgar, 2011). En Suisse, les voitures de tourisme représentent le moyen de transport le plus largement utilisé (OFS, 2013). Il est démontré

²² Traduction personnelle

dans de nombreuses études que la conduite permet le maintien de la mobilité, notamment chez les personnes âgées (Mackett, 2015). Malgré des habiletés à la conduite péjorées par des dégénérescences liées à l'âge (Stutts & Wilkins, 2003), elles tendent à garder leur permis le plus longtemps possible (OFS, 2012b). Le nombre de personnes âgées allant en s'accroissant dû au vieillissement de la population, cette problématique ne va que s'accroître dans les années à venir (Dickerson, Meuel, Ridenour & Cooper, 2014).

La conduite d'un véhicule personnel permet l'indépendance, le maintien des activités ainsi que le soutien des rôles sociaux et occupationnels (Marcellini et al., 2002). Une cessation de conduite va donc provoquer des changements dans ces domaines et engendrer des conséquences importantes chez l'ancien conducteur, si elle est mal négociée (Vrkljan & Polgar, 2007). La personne, suite à cet arrêt, peut alors être exposée à des risques psychiques et physiques (Liddle, Reaston, Pachana, Mitchell & Gustafsson, 2014 ; Mollenkopf et al., 1997).

Tous ces changements vont inévitablement requérir un processus de transition auquel la personne doit faire face (Liddle, Reaston, Pachana, Mitchell & Gustafsson, 2014). A cette étape, l'intervention d'ergothérapie, pour le transfert de mobilité, a un rôle à jouer à plusieurs niveaux (Golisz, 2014) : dans la planification, la préparation et l'anticipation de cette transition, cela afin de limiter les conséquences négatives d'une cessation trop abrupte (Bédard & Dickerson, 2014). L'ergothérapie intervient également dans le processus décisionnel afin de rendre à la personne la capacité de faire des choix (notion d'*empowerment*) (Liddle, McKenna & Broome, 2004). Elle joue aussi un rôle dans la transition au travers de la recherche de solutions alternatives en termes d'accessibilité : notion d'*enabling approach* (Liddle & McKenna, 2003).

Durant cette phase de transition, il n'y a pas que l'intervention de l'ergothérapeute qui a du sens. L'implication de la famille, au travers d'une approche holistique, a également son importance dès le début de la transition (Liddle et McKenna, 2003). La participation de l'entourage de l'ancien conducteur est primordiale, tant pour le proche aidant que pour la personne en renoncement à la conduite (Dickerson, Meuel, Ridenour & Cooper, 2014). Le proche aidant peut nécessiter de l'aide et des informations sur comment accompagner la personne et, en retour, être une personne ressource pour l'ancien conducteur (Adler & Rottunda, 2006).

En plus des solutions apportées par le soutien de la famille de la personne, il existe des programmes de soutien visant à aider les personnes âgées qui doivent renoncer à la conduite, comme par exemple le UQDRIVE (Gustafsson et al., 2011). C'est cependant le manque de recensement de programmes du genre, en Suisse, malgré le nombre d'études

démontrant que l'ergothérapie a un rôle majeur à jouer dans la transition entre conduite et cessation de conduite (Al-Hassani & Alotaibi, 2014 ; Golisz, 2014 ; Gustafsson et al., 2012 ; Liddle & McKenna, 2003), qui nous a poussé à investiguer cette problématique. Afin de mener notre étude, nous nous sommes donc tournés vers des professionnels considérés comme experts dans ce domaine.

Ce travail a pour but de définir un cadre théorique permettant de déterminer les fondements nécessaires au « Programme de gestion de la mobilité »²³. Il s'agit de le structurer en différentes étapes, de décrire chacune d'elles ainsi que de définir les composantes où interviendrait ce cadre d'intervention.

Notre question de recherche principale est donc la suivante : *Quels sont les moyens d'intervention et la procédure recommandés par un panel d'experts, qui permettraient l'élaboration d'un cadre de traitement pour une prise en charge en ergothérapie lors d'un transfert de mobilité suite à une cessation de conduite chez la personne âgée ?*

²³ Le « Programme de gestion de la mobilité » correspond au cadre d'intervention obtenu, il peut donc être désigné par ces deux termes.

3. METHODOLOGIE

3.1 Design

Nous avons mené une étude qualitative basée sur le concept de la méthode *Delphi*. Le but de cette méthode est de parvenir à un consensus entre des experts sur un même sujet, par le biais d'un questionnaire de base modifié au fil du processus (Spiral, 2015). Elle permet d'obtenir des avis bruts, sans interaction initiale avec d'autres personnes. De plus, cela accorde à tous le même droit à la « parole » (Spiral, 2015). Finalement, il ne doit exister aucune solution préalablement définie sur le sujet qui fait l'objet de la recherche de consensus (Keeney, McKenna & Hasson, 2010).

L'organisation d'un tel processus comporte certaines conditions : le respect de l'anonymat des participants, l'organisation de la rétroaction et la simultanéité des données, ainsi que la participation de personnes possédant l'expertise du sujet (Spiral, 2015).

L'utilisation de la méthode *Delphi* s'est de plus en plus répandue dans la recherche de solutions pour des problématiques concernant le système de santé, plus particulièrement dans le domaine des soins infirmiers (Keeney, Hasson & McKenna, 2006). Elle a pour avantage de faciliter la participation d'experts situés dans des régions géographiques éloignées (Timmer, Unsworth & Taylor, 2015), comme cela est le cas dans notre étude.

Contrairement à d'autres moyens de récoltes de données, la méthode *Delphi* utilise de nombreuses réitérations pour parvenir à un consensus au sein de l'opinion d'un groupe sujet (Hsu & Sandford, 2007, p. 2)²⁴. Ces questionnaires sont qualifiés de « *multi-stage* » (Timmer, Unsworth & Taylor, 2015), ils sont modifiés, agrémentés de nouveaux éléments et renvoyés plusieurs fois aux participants. Le nombre de tours dépend du temps disponible, du type de questions posées et de la persévérance des participants (Hasson, Keeney & McKenna, 2000, p. 1011)²⁵. De plus, il n'y a pas de norme ou de limite prédéfinie concernant le nombre de tours, c'est le niveau d'atteinte du consensus obtenu qui détermine la fin du processus (Timmer, Unsworth & Taylor, 2015 ; Hsu & Sandford, 2007).

Dans le cas de notre étude, quatre questionnaires successifs en anglais ont constitué les quatre tours du processus. Un tour était composé de l'envoi du questionnaire, des réponses des participants et de l'analyse de celles-ci. Les participants ont été informés des réponses des autres experts par le biais du questionnaire suivant.

^{24, 25} Traductions personnelles

3.2 Contextualisation

Notre projet a été mis sur pied dans le cadre de la réalisation de notre travail de bachelors, mais également dans le but de participer à une initiative plus large appelée « *Mobility in Later Life* » (MOBiLe). Cette dernière a pour objectif d'optimiser la prise en charge des personnes âgées dans l'arrêt de conduite et du transfert de mobilité en Suisse, en incluant l'intervention de l'ergothérapie. Cette initiative vise la mise en place d'une formation post-grade pour les ergothérapeutes concernés par la problématique et souhaitant être davantage formés. Cependant, pour pouvoir organiser cette formation, il faut dans un premier temps définir un cadre de prise en charge, avant de pouvoir déterminer l'intervention et la prise en charge qui peuvent être réalisées dans ce domaine. Le but est de créer un programme (*framework*) de gestion de la mobilité, celui-ci constituant la première étape du développement d'une intervention complexe (Moore et al., 2015 ; Campbell et al., 2007 ; Campbell et al., 2000).

Cette initiative est menée conjointement par la Haute école de travail social et de la santé (HETS&SA-EESP) de Lausanne, la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR) et le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV).

Étant donné le peu d'informations scientifiquement fondées (*evidence-based*) disponibles sur le sujet ainsi que le manque d'interventions dans notre région, la méthode *Delphi* nous a paru idéale pour réunir l'avis d'experts venant de milieux où la prise en charge de cette problématique a davantage été explorée. Nous avons donc tenté de réunir suffisamment d'éléments auprès d'experts internationaux pour pouvoir établir ce cadre d'intervention en ergothérapie lors d'un transfert de mobilité.

3.3 Participants

Afin de diriger la sélection des professionnels susceptibles de participer à notre étude par la méthode *Delphi*, nous avons choisi des critères d'inclusion. Les participants ont été choisis en fonction de leur connaissance du sujet, mais également selon leur volonté à s'investir dans la recherche de consensus (Hasson, Keeney & McKenna, 2000). Il s'agissait cependant de trouver un équilibre dans la sélection afin de refléter de la façon plus cohérente et impartiale possible, les réponses et connaissances de chacun (Goodman, 1987).

Les participants ont été contactés dans un premier temps par courrier électronique. Les critères d'inclusion définis sont les suivants :

- Soit avoir une expérience de cinq ans minimum dans le domaine de la conduite (selon les critères suggérés par Keeney, Hasson et McKenna (2006) définissant l'expertise comme constituée d'un minimum de cinq ans d'expérience) ;
- Soit avoir publié un article en tant qu'auteur principal concernant un développement de projet ou un programme dans le domaine de la cessation de conduite dans les cinq dernières années ;
- Etre ergothérapeute ou exercer une autre profession dans le domaine d'expertise de la conduite ;
- Avoir une bonne maîtrise de l'anglais écrit.

Nous n'avons délibérément pas inclus des personnes s'intéressant uniquement à la cessation de conduite suite à des troubles neurologiques et/ou traumatologiques, car cela ne correspondait pas spécifiquement à une problématique liée à l'âge avancé.

Durant tout le déroulement de la méthode, les participants ont été nommés des « experts ». Ils ont été choisis selon leur connaissance du sujet investigué. En effet, selon McKenna (1994), un « groupe d'individus informés sur le sujet » prend alors le titre d' « experts » lors de leur participation à l'étude (Hasson, Keeney & McKenna, 2000, p. 1010)²⁶.

3.4 Échantillonnage

Selon Hasson, Keeney et McKenna, lors de méthodes *Delphi*, la sélection de l'échantillon d'experts implique souvent des techniques d'échantillonnage non-aléatoire, donc des échantillonnages ciblés ou ciblés en fonction de critères (2000, p. 1010)²⁷. Dans le cadre de notre étude, nous avons appliqué une approche d'échantillonnage de convenance (*convenience sampling*), fréquemment utilisée dans les études qualitatives (Marshall, 1996). Autrement dit, nous avons impliqué des personnes que nous pouvions contacter facilement et qui étaient susceptibles de répondre à nos critères. Ainsi, afin de recruter un maximum d'experts, nous avons contacté 85 personnes (77 ergothérapeutes, cinq psychologues, deux médecins et un ingénieur, dont 30 académiciens et 55 cliniciens) par un courrier électronique de recrutement, accompagné d'une lettre de consentement à l'étude. Au total, 25 personnes ont accepté de participer à l'étude en réponse à cette lettre. La méthode *Delphi* n'impose ou ne prédéfinit pas le nombre de participants (Keeney,

^{26, 27} Traductions personnelles

McKenna & Hasson, 2010). Cependant, la variation du nombre et de l'hétérogénéité de l'échantillon va permettre de couvrir au maximum la diversité des opinions existantes et ainsi influencer la représentativité potentielle (Keeney, McKenna & Hasson, 2010 ; Hasson, Keeney & McKenna, 2000).

Les participants à notre étude, inspirée de la méthode *Delphi*, ont été recrutés par le biais de différents contacts. Nous avons tout d'abord exploité la liste des ergothérapeutes ayant participé à la conférence du 23 juin 2015, *Assessing Clinical « Fitness-To-Drive » – A Free Occupational Therapy Research Symposium*, sur la thématique donnée à l'Université de Brunel. Tous les académiciens qui étaient à ce Symposium ont été invités. Le reste des cliniciens figurait sur une liste d'ergothérapeutes australiens ayant suivis une formation d'évaluation à l'aptitude à la conduite et listés dans un registre national comme étant actifs pour faire ces évaluations. De plus, tous les chercheurs contactés ont publié des articles dans les cinq dernières années dans des journaux en rapport avec l'ergothérapie (sur la base de données « Pubmed »).

De plus, nous avons soumis un questionnaire sociodémographique à tous les experts afin d'apprécier au mieux l'hétérogénéité de l'échantillon et donc sa représentativité. La diversité des données récoltées semble refléter une hétérogénéité adéquate, notamment en termes de professions, d'années d'expériences et de régions géographiques.

3.5 Ethique

L'accord de la commission d'éthique n'a pas été demandé car nous estimons que l'étude respecte le traité d'Helsinki. En effet, les personnes interrogées sont des professionnels et leurs propos ne concernent pas les clients directement ; il n'y a donc pas de risque d'atteinte à la santé morale ou physique. De plus, l'anonymat des participants est garanti et limite ainsi les biais possibles.

3.6 Déroulement et développement des questionnaires

Selon Hasson, Keeney et McKenna (2000, p. 1011), lorsque les participants acceptent de prendre part à l'étude, ils doivent être informés des attentes envers eux, du temps que cela prendra ainsi que de la façon dont les données seront traitées²⁸. C'est la raison pour laquelle une lettre de consentement a été rédigée avant l'envoi du premier questionnaire, dans le but d'expliquer et de clarifier ces éléments. Nous avons ainsi recueilli le

²⁸ Traduction personnelle

consentement écrit de chaque participant en réponse à cette lettre. Même si le consentement oral peut être reconnu, le consentement écrit est efficace (Whitman, 1990) et était le moyen le plus accessible pour nous.

Lors du **premier tour**, les questions soumises aux experts sont en principe des questions à développement, ou questions ouvertes, qui peuvent être modifiées et orientées différemment selon les besoins de l'étude (Hsu & Sandford, 2007). Tout au long du projet, nous avons soumis aux participants leurs réponses du tour précédent et l'analyse et synthèse que nous en avons fait. A chaque tour, ils étaient alors invités à noter la pertinence des propositions et à les commenter s'ils le souhaitaient. Selon Timmer, Unsworth et Taylor (2015, p. 43), cette validation en continu devrait permettre de se rapprocher plus efficacement d'un consensus²⁹.

Notre technique n'a cependant pas respecté avec précision la méthode *Delphi*. Nous préférons donc dire que nous nous en sommes inspirés. Plutôt que d'avoir modifié un seul questionnaire de base au fur et à mesure, selon les réponses des participants, nous avons procédé par thèmes. Lorsque nous considérons que les réponses des participants concordaient entre elles, nous mettions ces thèmes de côté, et ils n'étaient pas rediscutés lors du tour suivant, mais nous les impliquions dans le consensus final (dernier tour ou *Theoretical Framework*). Il était donc tout à fait possible de voir un nouveau thème apparaître lors du deuxième ou troisième tour.

Dès le début, il est conseillé d'inviter les participants à ne pas tenir compte du contexte de pratique, car pour optimiser l'obtention d'un consensus, il faudrait imaginer « *an ideal world* » (un monde idéal) (Timmer, Unsworth & Taylor, 2015, p. 43)³⁰. Cependant, nous avons pensé à le spécifier uniquement depuis le deuxième tour.

Tous les questionnaires ont été rédigés en ligne via la plateforme *Google Forms* avec une méthode de codage respectant l'anonymat des participants. Des échelles de cotation et des questions ouvertes étaient proposées en alternance. Ils ont été amenés à se prononcer sur la pertinence de buts de traitement et d'objectifs-clés proposés, ainsi qu'à lister les modèles théoriques sur lesquels s'appuyer pour parvenir à ces mêmes buts. Ils ont également été invités à définir différents domaines de changement suggérés. Ce premier questionnaire comprenait 20 questions (cf. Annexe 1 : Questionnaire tour 1).

Lors du **deuxième tour**, il leur a été demandé, à l'aide d'une échelle de cotation, de valider en premier lieu les éléments ressortis de la synthèse du premier tour (buts de traitement,

^{29, 30} Traductions personnelles

étapes de traitement, domaines de changement attendus, et objectifs-clés de chaque étape).

Ils ont également dû se prononcer sur deux autres questions sous forme de tableau à cocher : *à quelle étape aurait lieu chaque changement* et *quel déterminant comportemental était relié à quel changement*.

On remarque alors le fait que, dans une méthode *Delphi*, les questionnaires peuvent être de forme qualitative dans l'ensemble mais prendre par la suite une forme plus quantitative (échelle de cotation, tableau), dans le but de valider les premières données (Hasson, Keeney & McKenna, 2000, p. 1012)³¹. Ce tour incluait 59 questions (cf. Annexe 2 : Questionnaire tour 2).

Au **troisième tour**, la première version du cadre d'intervention leur a été soumise pour validation. Les différents domaines de changement lors de la transition leur ont été proposés sous forme de tableau avec les modifications apportées. A nouveau ils ont été amenés à valider les changements. Certaines contradictions survenues lors du deuxième tour leur ont également été soumises ainsi que les nouvelles propositions qui leur sont suggérées. Ils ont été amenés à se prononcer sur ces changements et à les valider. Ce troisième questionnaire comprenait 10 questions, organisées en cinq sections (cf. Annexe 3 : Questionnaire tour 3).

Pour le **quatrième et dernier tour**, la version finalisée du cadre de traitement (cf. Annexe 4 : Rapport pour le tour 4), prenant en compte les remarques des tours précédents, leur a été soumise pour validation. Les experts se sont également prononcés sur les tableaux de domaines de changement réalisés. Finalement, nous leur avons demandé d'évaluer et de coter leur satisfaction concernant le consensus obtenu. Ce dernier tour était constitué de 8 questions, séparées en deux sections (cf. Annexe 5 : Questionnaire tour 4).

3.7 Analyse de données

Afin d'analyser les données, nous avons appliqué une technique d'analyse de contenu pour l'ensemble des remarques et commentaires. Ceci consiste à extraire les éléments qui nous semblent les moins pertinents afin d'en prioriser d'autres. Dans un premier temps, nous avons extrait les réponses par groupe de deux, les avons comparées les unes aux autres et avons créé des catégories en fonction des thématiques et des domaines apparus. Les propos en effet doivent être groupés lorsqu'ils se rapportent

³¹ Traduction personnelle

à une même problématique, cela dans le but de parvenir à une « description universelle » (Hasson, Keeney & McKenna, 2000, p. 1012)³².

Dans un second temps, nous avons mis en commun nos analyses. Le fait d'être plusieurs personnes à analyser a semblé être un atout pour limiter la subjectivité des résultats. A chaque tour, ces analyses ont été synthétisées au travers de la préparation du tour suivant. Ainsi, le questionnaire qui suivait nous servait de synthèse et d'approfondissement du tour précédent. De plus, les données extraites, les analyses de chaque tour et l'envoi du questionnaire suivant ont été vérifiés par notre directeur pour plus de crédibilité. Cela a également été réalisé dans le but de vérifier que la formulation anglaise soit adaptée et compréhensible.

3.8 Atteinte du consensus

Les définitions du consensus ont été inspirées de l'article de (Diamond et al., 2014). Pour chaque thème principal abordé, nous avons déterminé que le consensus serait atteint et le thème clos si 75% ou plus des participants l'évaluaient avec un score entre 6 et 10 (score maximal). Pour abandonner un thème, le même consensus était appliqué en demandant spécifiquement au groupe l'accord d'abandonner un thème.

En ce qui concerne la fin de l'étude, nous avons déterminé que le consensus serait atteint si plus de 75% des participants considéraient qu'un tour supplémentaire était inutile.

Si le consensus final devait ne pas être atteint, nous avons déterminé que le nombre maximum de tours serait de cinq.

Pour faciliter l'atteinte d'un consensus, nous avons demandé une validation lorsque des modifications avaient été apportées. Nous avons également intégré les commentaires et réponses anonymisés des participants, dans les synthèses de chaque tour, afin de les illustrer et de les rendre transparents pour leur donner une vision d'ensemble des commentaires pris en compte et limiter ainsi les biais de subjectivité du groupe de recherche.

³² Traduction personnelle

4. RESULTATS

4.1 Description des participants : données sociodémographiques

Sur les 25 personnes ayant donné leur consentement de participation à l'étude, 22 ont répondu au moins à un des quatre questionnaires. Le questionnaire sociodémographique a été rempli par 19 participants ; les résultats représentés dans les **Tableau 1**, **Tableau 2** et **Tableau 3** des pages suivantes rendent ainsi compte des caractéristiques de ces 19 personnes.

Parmi les participants, 14 sont des chercheurs et huit sont cliniciens. Plus de la moitié des participants sont en possession d'un doctorat³³.

Ils résident dans sept pays différents. L'Australie est le plus représenté avec plus de 30% des participants y habitant. Ceci pourrait être expliqué par le fait que ce pays est particulièrement investi dans la problématique de la conduite et où des démarches à ce sujet sont en cours. Plus de 70% des participants sont des femmes. On peut émettre l'hypothèse qu'elles sont, de manière générale, plus représentées dans le domaine paramédical, ce qui expliquerait ainsi cette nette différence. Concernant leur âge, les membres du groupe de consensus se situent, en moyenne, dans la tranche d'âge 30-54 ans.

En termes de pratique clinique, près de la moitié des participants n'effectuent pas régulièrement d'interventions dans le domaine du transfert de mobilité. Nous pouvons soumettre l'hypothèse qu'étant donné que la majorité des membres du groupe de consensus sont des chercheurs, ils n'effectuent que peu, voire pas, d'interventions cliniques auprès de potentiels clients rencontrant cette problématique. A l'autre extrême, plus d'un quart pratiquent des interventions régulières dans le cadre de cette problématique (> 10 clients par mois).

Les années de pratique des participants, liées à ce domaine, fluctuent. Celles-ci varient en effet de quelques années, à près de 30 ans d'expérience. Ces résultats démontrent qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un long parcours professionnel pour s'intéresser à cette problématique.

³³ Deux participantes ont été incluses malgré le fait qu'elles ne répondaient pas aux critères d'inclusion. L'une d'elles est ergothérapeute britannique travaillant exclusivement dans l'évaluation de la conduite depuis moins de cinq ans. L'autre est une ergothérapeute qui réalise actuellement son doctorat sur cette thématique au Canada et n'a donc pas encore de publication à son nom.

Qui plus est, concernant les qualifications professionnelles des participants, les résultats rapportent que les trois quarts sont formés comme ergothérapeutes. Quatre participants sont qualifiés dans plus de deux domaines professionnels. Finalement, les résultats révèlent que la majorité des membres du groupe de consensus ont effectué ou effectuent plusieurs activités professionnelles.

Caractéristiques sociodémographiques	Nombre de participants (n)	Pourcentages (%)
Age (ans)		
20 – 29	1	5,3
30 – 39	4	21,1
40 – 49	6	31,6
50 - 59	7	36,8
60 – 64	1	5,3
Genre		
Homme	5	26,3
Femme	14	73,7
Pays de résidence		
Angleterre	3	15,8
Australie	7	36,8
Canada	2	10,5
Etats-Unis	2	10,5
Irlande	2	10,5
Singapour	1	5,3
Suisse	2	10,5
Degré académique le plus élevé		
Bachelor	2	10,5
Master	6	31,6
Doctorat	11	57,9
Nombre de clients suivis/mois en lien avec le transfert de mobilité		
Aucun	10	52,6
< 1	0	0
1 – 4	2	10,5
5 – 10	2	10,5
> 10	5	26,3
Années de pratique/expérience liées à la cessation de conduite		
0 – 5	5	26,3
6 – 10	4	21,1
11 – 15	5	26,3
16 – 20	2	10,5
21 – 25	2	10,5
26 – 30	1	5,3

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des participants au consensus

Ergothérapeute	Médecin	Psychologue	Assistant de recherche	Professeur	Assistant d'enseignement	Autre
X						
X			X			Doctorant
	X					
X						
X				X		
X						
X						
X				X		
X						
X						
	X					
X						Professeur associé
X						
X						
X						
X					X	
X					X	Chercheur clinicien
						Ingénieur (senior lecturer)

Tableau 2 : Qualification(s) professionnelle(s) des participants au consensus

Enseignement	Recherche	Activité clinique	Contribuer aux décisions politiques
X	X	X	
X	X	X	
X	X	X	
	X		
X	X		X
		X	
		X	
X	X		
X	X		
X	X		
X		X	
X	X	X	
X	X		
	X	X	X
X		X	
X	X		
X	X		
X	X	X	
X	X		

Tableau 3 : Activité(s) professionnelle(s) des participants au consensus

Sur les 22 participants au total, 15 ont répondu au premier tour, 16 au deuxième, 17 au troisième et 18 au quatrième. Une augmentation du nombre de participants est donc observée à chaque tour. 10 personnes ont répondu aux quatre tours, cinq ont répondu à trois tours, quatre à deux tours, et trois à un seul tour.

Les réponses aux questionnaires ont été collectées sur une période de sept mois, soit du 11 janvier 2016 au 1er juillet 2016.

Le « Programme de gestion de la mobilité », obtenu au terme du consensus, a été défini à l'aide de plusieurs thèmes. Les résultats recueillis seront présentés comme suit : les modèles théoriques sur lequel il est basé, la population cible du programme, les domaines de changement, les finalités du programme, la construction du « Programme de gestion de

la mobilité » (étapes de progression), les liens entre étapes de progression et domaines de changement, les proches aidants et leurs réseaux de soutien, les présomptions et les périodes-clés.

4.2 Modèles théoriques identifiés

Les membres du groupe de consensus, autrement dit, les experts, ont identifié et validé des modèles théoriques sous-jacents (*underlying theoretical framework*) à notre « Programme de gestion de la mobilité ». Ces modèles permettent de définir les étapes du processus de transition, structurer les domaines de changement attendus et considérer des approches pour atteindre les objectifs-clés. La plus grande difficulté à laquelle le groupe de consensus a dû faire face a été de trouver des stratégies adaptées pour que les clients s'approprient la décision du changement, alors que les changements concernés sont connus comme étant difficiles pour les personnes âgées (*Continuity Theory of Normal Ageing*) (Atchley, 1989). Peu importe la théorie sous-jacente, il semble primordial que les personnes concernées trouvent des solutions personnelles adaptées afin de maintenir un équilibre occupationnel entraînant un minimum de changements.

Pour définir les étapes (*stages*) du processus, nous avons opté pour le *Transtheoretical Model of Behaviour Change* (modèle transthéorique du changement de comportement) (Prochaska et al., 1994) qui a aussi été utilisé dans le *Driving Cessation Process Model* (modèle de processus d'arrêt de conduite) (Liddle, Turpin, Carlson & McKenna, 2008). Pour inclure des aspects plus larges des programmes d'interventions, nous nous sommes aussi basés sur la *Health Action Process Approach* (approche de processus d'action de santé) (Schwarzer, 2008), étroitement liée à la *Self-efficacy Theory* (théorie de l'auto-efficacité) (Bandura, 1977).

Dans le but de structurer les domaines de changement, nous avons posé des questions basées sur la *Behavioural Change Technique taxonomy* (la taxonomie de la technique de changement de comportement), développée par Michie, Abraham, Cane et Wood (Michie et al., 2015). En effet, elle semblait se prêter de façon adéquate aux changements comportementaux nécessaires. Toutefois, nous avons décidé d'abandonner cette taxonomie. En effet, les réponses ne nous permettaient pas de relier un comportement spécifique à une seule étape, les comportements à changer se retrouvaient dans chaque modification des habitudes de vies. Ces réponses ont donc été laissées de côté après avoir demandé leur accord aux experts. Ces changements comportementaux ne satisfaisaient

pas une vision suffisamment holistique qui prenne en compte les infrastructures et le réseau de soutien, y compris les pairs aidants.

Suite aux propositions des participants que nous avons regroupées et priorisées, nous avons fondé notre approche sur la base du *Transactional Model* (modèle transactionnel) (Dickie, Cutchin & Humphry, 2006) et du *Client-Centeredness Goal Setting Approach* (approche centrée sur le client) (Doig, Prescott, Fleming, Cornwell & Kuipers, 2015). Certains éléments suggérés pour le programme reposaient sur plusieurs théories sous-jacentes, y compris la *Theory of Reasoned Action*, *Social Learning Theory*, *Social Cognitive Theory*, *Cognitive Adaptation Theory*, *Goal Theory*, *Self-regulation Theory*, *Intrinsic Motivation Theories* et *Self-determination Theory*.

4.3 Population cible du programme

Étant donné l'importance d'anticiper les difficultés à venir pour le client et ses proches, les participants ont décidé que le programme serait adressé à toute personne ayant des difficultés à considérer des moyens alternatifs pour maintenir ses occupations. Dans l'idéal, le programme devrait débuter avant que l'arrêt de conduite ne devienne urgent, donc concerner principalement les personnes qui ont des difficultés émergentes. Cependant, le cadre conceptuel a été pensé pour convenir également à ceux qui ont déjà été évalués comme inaptes à la conduite. De plus, il a été décidé que, dans la mesure du possible, le programme devrait cibler les proches aidants des clients. Ceux-ci doivent donc être intégrés dans le processus de changement au plus tôt. Le programme place l'équilibre occupationnel du client et du proche aidant comme une priorité.

Étant donné que les participants à l'étude proviennent de différentes régions, et que leur contribution dépend de leur contexte local, il a été convenu que l'élaboration de notre programme ne préciserait pas certaines modalités tels que la manière dont les clients seraient informés de son existence et quels seraient les professionnels qui le délivreraient. Ainsi, cela laisse la possibilité d'adapter ce cadre conceptuel à une région spécifique. Toutefois, les participants étaient d'accord sur le fait que le programme est conçu pour les pays qui ont un système de santé plutôt orienté vers des soins centrés sur la personne.

4.4 Domaines de changement

Dans un premier temps, le changement a été appréhendé de telle sorte à analyser la façon dont le client se positionne face au changement. Nous avons cependant également adopté

un second point de vue : l'analyse de ce que constituent les changements lors d'une situation de transition de mobilité. Ainsi, dès le premier tour, les participants ont dû soumettre leurs avis concernant des domaines de changement que nous leur avons proposés.

Les premiers résultats émis ont démontré que des modifications ne sont pas seulement observées au niveau du comportement de l'ancien conducteur mais également dans d'autres domaines. La définition et le contenu de ces derniers ont été discutés et étoffés lors de chaque tour d'après les commentaires énoncés par les participants. De plus, l'ordre des huit domaines a été modifié et discuté à plusieurs reprises, mais il n'y a délibérément pas eu de hiérarchie établie entre ces domaines hétérogènes : le transport (*transport*), l'emplacement (*location*), l'interaction sociale (*social interaction*), l'activité (*activity*), l'auto-efficacité (*self-efficacy*), le réseau de soutien (*support network*), les fonctions physiques/cognitives (*physical/cognitive functions*) et l'infrastructure (*infrastructure*).

Ces domaines de changement sont susceptibles d'apparaître à différents moments du programme. De plus, la définition et le regroupement de ceux-ci ont permis d'avoir une perception plus concrète des changements possibles lors d'un arrêt de conduite et ainsi, définir les objectifs-clés (*endpoints*) et les finalités (*long term outcomes*) du « Programme de gestion de la mobilité », décrits ci-dessous.

Le **Tableau 4** présente la structure finale des domaines de changement et rend compte d'exemples possibles de changements.

Domains	Subdomains	Examples
Transport	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Use public transports ▪ Use transportation assistance ▪ Use individualized mean of locomotion 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Help learn to read a bus timetable. ▪ Organise daughter to drive for visit to ophthalmologist. ▪ Learn to use a gopher (a four wheeled scooter).
Location	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modify destination for occupation ▪ Relocate occupation at home ▪ Modify place of residency 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Change hairdresser. ▪ Redesign living room to welcome card players at home. ▪ Move to secondary residency closer to relatives.
Social interaction	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accept help from others ▪ Use of technologies for communication ▪ Change context of interactions 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accept been driven by neighbour. ▪ Use social media to communicate with grandchildren. ▪ Organise art workshops at home instead of attending classes in town.
Activity	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modify occupational priorities ▪ Modify occupational roles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relinquish voluntary work at library. ▪ Have grandchildren sleep at home instead of babysitting at theirs. ▪ Have relative plan online shopping.
Self-efficacy	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Improve self-awareness ▪ Improve self-confidence ▪ Improve self-management 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Help endorse the feeling of need of change. ▪ Overcome feelings of unsafety by considering having a relative over the phone whilst waiting for the bus. ▪ Become able to reorganise activities during absence of caregiver for a week.
Support network	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintain caregiver's occupational balance ▪ Coordinate community services ▪ Facilitate medical / social services 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Providing support to caregiver to help manage mobility and prevent overload. ▪ Call the volunteers transport to get to the supermarket. ▪ Coordinate community health services
Physical / Cognitive functions		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Improve balance and confidence in walking. ▪ Use an auxiliary mean to facilitate walking. ▪ Improve cognitive processing speed through exercises.
Infrastructure		<ul style="list-style-type: none"> ▪ In case of snow, ask community worker to salt sidewalk to make access to train station easier and safer. ▪ Have a bench installed at the bus-stop.

Tableau 4 : Domaines de changement

4.5 Finalités du programme et impact

Dès le premier tour, une réflexion concernant les buts de traitement et objectifs recherchés au terme du programme a été demandée aux participants du groupe de consensus. Cela nous a permis de nous assurer de la cohérence de la direction à prendre pour la suite de l'étude. Les propositions ont pu être regroupées en diverses catégories avant d'être à nouveau soumises à l'évaluation des participants.

Le groupe est arrivé à un consensus dans la définition de deux buts principaux du « Programme de gestion de la mobilité » : faciliter la transition de la conduite à des moyens de transports alternatifs et guider la personne au travers des ajustements de mode de vie qui découlent de cette transition. Les finalités principales sont que la personne maintienne, à l'aide du proche aidant et son réseau de soutien, un équilibre occupationnel et conserve sa mobilité. Cela a plusieurs buts tels que diversifier les moyens de transport utilisés et réduire les risques de dépression et d'accidents de la route. Le maintien de cet équilibre

permet également d'assurer une participation sociale et de favoriser l'activité physique de la personne en cessation de conduite.

D'un point de vue plus global, l'impact visé par ce programme se situe à plusieurs niveaux. Tout d'abord, une gestion adéquate de la mobilité post-cessation permettrait de retarder l'institutionnalisation de la personne âgée. Cela contribuerait également à l'amélioration du bien-être mental, au maintien des occupations qui ont de l'importance pour la personne, ainsi qu'à la conservation d'une participation sociale.

4.6 Construction du « Programme de gestion de la mobilité »

4.6.1 Aperçu du cadre d'intervention

L'aboutissement du consensus est résumé par un schéma (cf. **Figure 4**). Il a été construit autour de deux concepts principaux : une première partie représentant la succession d'étapes chronologiques basée sur les modèles théoriques et une seconde partie contenant les objectifs finaux (*final goals*) et finalités (*long term outcomes*) basés sur les domaines de changement (*domains of change*) recueillis durant l'étude (cf. Annexe 6 : Lexique). La première partie a permis la définition de ces étapes (*stages*) en y incluant les objectifs-clés (*endpoints*) et une notion de temporalité (*timing*). La seconde partie a permis d'intégrer les attentes de résultats (i.e. les domaines de changement) dans le schéma afin de rassembler les données.

Le schéma peut être lu de gauche à droite, les ressources sociales/humaines sont décrites sous forme abrégée entre parenthèses. La partie de gauche décrit l'entrée du client et de son proche aidant (*client - caregiver*) dans le programme, la partie centrale expose les étapes de progression, et la partie à droite du schéma décrit les finalités et les impacts (*impacts*) attendus du programme. A chaque étape, des présomptions (*assumptions*) sont précisées à l'aide de triangles rouges. Le réseau de soutien (*support network*) est décrit en détail en bas à gauche. Les proches aidants détiennent un rôle majeur tout au long du programme. L'ensemble du programme a été pensé dans une perspective d'approche centrée sur le client.

L'objectif global du programme est d'aider les clients et les proches aidants à parvenir à une auto-efficacité dans la gestion de ce réseau de soutien et dans la recherche de solutions adaptées pour maintenir leur mobilité et faire face aux changements émergents.

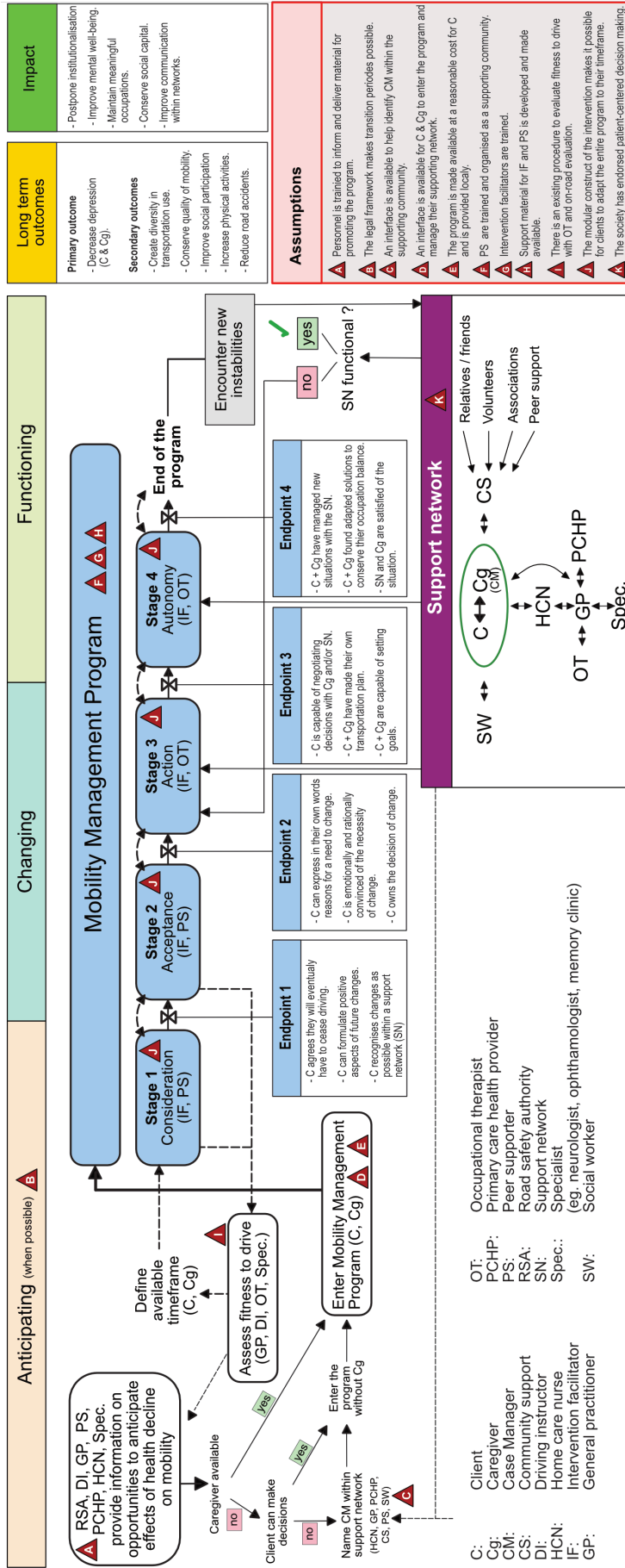


Figure 4 : Schéma du "Programme de gestion de la mobilité"

4.6.2 Évolution du consensus

Suite au premier tour, la synthèse et la catégorisation des buts de traitement et des objectifs-clés ont été mises en lien avec le modèle transthéorique de changement et ont permis de faire ressortir une succession de quatre étapes. Les définitions et descriptions précises de chaque étape, leur titre, les objectifs-clés qui s'y rapportent ainsi que leur chronologie ont alors été soumis lors des différents tours aux participants de l'étude, jusqu'à parvenir à la finalisation du schéma du « Programme de gestion de la mobilité ». D'ailleurs, la pertinence de chacun de ces éléments a été soumise pour validation au dernier tour. Une question concernant le besoin de cibler les changements dans le réseau de soutien leur a été posée, à laquelle 87,5% des membres du consensus l'ont acceptée. En outre, 93,8% ont validé le fait que le but final du cadre d'intervention est la recherche d'autonomie dans la gestion de mobilité au sein de l'ensemble du réseau de soutien. La totalité des participants a également confirmé la nécessité d'impliquer des autorités étatiques dans l'application du programme. Finalement, seule la question de la liberté d'adapter des éléments du cadre en fonction du contexte n'a pas obtenu le consensus des membres (70,6%).

Le consensus a été considéré comme atteint lorsque 16 des 18 participants (88,8%) du dernier tour ont approuvé le fait qu'un tour supplémentaire n'était pas nécessaire et donc accepté le programme tel quel.

Lors du deuxième tour, un consensus n'a pas pu être atteint concernant la définition de la deuxième étape (acceptation). La raison principale évoquée était la difficulté des personnes atteintes de démence à pouvoir endosser l'idée d'un changement. Il a été dès lors décidé que les proches aidants seraient inclus dans le programme pour pallier à ce problème. Ceci a ainsi permis de trouver un consensus autour des étapes identifiées lors des tours suivants.

Le deuxième endroit où un consensus n'a pas pu être atteint était lors du troisième tour, concernant la définition des domaines de changement. Pour cette raison, nous avons modifié les domaines de changement afin qu'ils soient davantage compatibles avec le modèle transthéorique (cf. 2.3.2 Modèles théoriques du changement). Ceci a permis d'identifier à quelle(s) étape(s) il est nécessaire d'adresser chaque domaine de changement et y intégrer les réseaux de soutien. Une fois ces deux points acceptés, les propositions de modification ont largement été soutenues par le groupe (87,5%). Les experts n'ont pas atteint un consensus concernant la liberté dont bénéficierait tout groupe qui travaille à la mise en application du programme au niveau national (29,4% des personnes jugeant nécessaire qu'ils aient un cadre pour le faire).

Le **Tableau 5**, ci-dessous, présente l'analyse quantitative du taux de consensus obtenu par thème, tout au long du processus de l'étude.

Tour	Evaluation	Médiane (min ; max)	Moyenne (SD)	Score 6 – 10 n (%)
1	Objectifs-clés étape 1	10 (5 ;10)	8.7 (1.7)	13 (86.7%)
1	Objectifs-clés étape 2	9 (8 ;10)	9 (1)	15 (100%)
1	Objectifs-clés étape 3	10 (7 ;10)	9 (1.2)	15 (100%)
1	Objectifs-clés étape 4	8 (3 ;10)	7.7 (2.2)	12 (80%)
2	Définition étape 1 + objectif-clé	8 (2 ;10)	8.2 (2)	15 (93.8%)
2	Définition étape 2 + objectif-clé	7.5 (2 ;10)	7.2 (2.7)	11 (68.8%)
2	Définition étape 3 + objectif-clé	8.5 (2 ;10)	7.7 (2.7)	13 (81.3%)
2	Définition étape 4 + objectif-clé	8.5 (3 ;10)	7.9 (2.2)	13 (81.3%)
2	Structure- étapes et objectifs-clé	7 (3 ;10)	7.6 (2.1)	13 (81.3%)
2	Validation des modèles théoriques comme concept central	8 (5 ;10)	7.8 (1.6)	14 (87.5%)
3	Pertinence du cadre de traitement pour répondre aux besoins	8 (5 ;10)	8.2 (1.5)	16 (94.1%)
3	Etapes du modèle transthéorique	9 (5 ;10)	8.6 (1.2)	15 (93.8%)
3	Anticipation	10 (4 ;10)	8.7 (1.9)	15 (88.2%)
3	Implication des proches aidants	10 (2 ;10)	8.6 (2.3)	15 (88.2%)
3	Pertinence des finalités	9 (2 ;10)	7.9 (2.1)	15 (88.2%)
3	Domaines de changement	8 (1 ;10)	7.2 (2.5)	12 (70.6%)
3	Changement : processus continu	9 (5 ;10)	8.3 (1.7)	15 (88.2%)
3	Choix 4 modèles théoriques	7 (3 ;10)	7.1 (2.1)	13 (76.5%)
4	Complétude du cadre (niveau national)	8 (3 ;10)	7.6 (1.9)	16 (88.9%)
4	Implémentation (faisabilité)	7.5 (2 ;10)	6.7 (2.2)	14 (77.8%)
4	Satisfaction du consensus final	8 (2 ;10)	7.6 (2.1)	15 (88.2%)

Tableau 5 : Analyse quantitative du taux de consensus par thème

4.6.3 Temporalité

Au fil des questionnaires, des remarques sont survenues à plusieurs reprises concernant la succession des étapes du programme. Les participants ont en effet insisté sur le fait que la temporalité du programme devait être adaptable en fonction des différences individuelles. Initialement, il était prévu que le programme se déroule sur une période de six mois. Cependant, compte tenu de la spécificité de chaque client, il serait préférable de pouvoir réduire ou augmenter la durée de chaque étape de progression. Il devrait également être possible d'omettre une étape pour passer à la suivante et d'y revenir par la suite. Ceci est à prendre en considération particulièrement chez les clients qui ont des difficultés à être constants dans leur prise de décision et qui changent fréquemment d'avis (par exemple dans un cas de démence). Cela est aussi valable pour un client qui bénéficie de la possibilité d'anticiper les étapes à venir, afin de connaître à l'avance les changements potentiels. Pour répondre à cette problématique de temporalité, les étapes peuvent donc être appréhendées comme des modules liés les uns aux autres mais qui peuvent être suivis en parallèle si besoin.

4.6.4 Contenu et structure des étapes

Étape 1 - Considération

Durant cette étape, les clients sont confrontés aux changements liés à l'âge et aux difficultés qui peuvent s'ensuivre. Cela concerne également les clients qui souhaiteraient

anticiper le problème mais que la cessation de conduite ne concerne pas encore directement. Les proches aidants sont intégrés dès cette étape du programme afin de former un duo client – proche aidant. Cependant, le niveau d'implication du proche aidant dans le processus de décision va fortement dépendre du degré d'atteinte cognitive du client. Idéalement, les clients font leur entrée assez tôt dans le programme, pour bénéficier d'une situation temporelle confortable, afin de pouvoir faire face progressivement aux changements avant que la cessation n'ait réellement lieu.

Durant cette étape, les clients sont amenés à se focaliser sur leurs ressources plutôt que sur leurs difficultés. Ils sont prêts à discuter des potentiels futurs scénarios de déclin de santé et de l'impact que cela aura sur les habiletés requises à la conduite. Ils peuvent également être confrontés aux difficultés qu'ils expérimentent dans la conduite. Avec une meilleure compréhension de la problématique, la décision d'arrêter de conduire peut alors passer d'une décision externe qui leur est imposée, à une décision personnelle motivée par leur sens des responsabilités. Il est demandé aux clients de considérer leurs expériences positives ainsi que les témoignages de pairs ayant vécu la même situation. Ils sont rendus attentifs à l'importance de la communication avec les proches aidants, la communauté et les professionnels de la santé pour la gestion de la mobilité.

Cette étape est considérée comme atteinte (objectif-clé) lorsqu'ils comprennent et gèrent le processus de deuil et qu'ils changent leur attachement émotionnel à la conduite en la considérant non plus comme un droit, mais comme un privilège. Ils sont également amenés à considérer comme un avantage le fait d'être capable d'utiliser un mode de transport alternatif à la conduite. En effet, s'ils réalisent que cela leur permet de maintenir des occupations hors de chez eux, ils seront alors amenés à prendre confiance en leurs capacités. Ainsi, ils croient à l'idée que le changement est possible.

Étape 2 - Acceptation

Durant cette étape, les clients s'approprient la décision de réaliser une transition et acceptent le besoin de changement. Ils peuvent alors se créer leur propre scénario, constitué des raisons personnelles pour lesquelles ils choisissent d'arrêter, et être émotionnellement et rationnellement persuadés de la nécessité d'un tel changement. Ils peuvent alors expérimenter des moyens de transports alternatifs et être convaincus de leurs avantages. Cette étape se termine (objectif-clé) lorsque le client s'approprie réellement la décision de transition et qu'il est capable de se créer son propre scénario adapté au contexte socio-culturel. Les clients souffrant d'anosognosie sont incapables

d'accepter la situation – à ne pas confondre avec le déni rencontré dans le processus de deuil –, ils peuvent alors passer à l'étape suivante et négocier d'autres solutions avec leur proche aidant. En l'absence d'un proche aidant, ce rôle devra être investi par une personne choisie par le client.

Étape 3 - Action

A cette étape, les clients explorent les possibilités d'alternatives afin de choisir les plus adaptées qui leur permettront de maintenir leurs activités significatives et un équilibre occupationnel satisfaisant. Les clients développent alors des capacités de planification et apprennent à fixer des buts. Ils discutent des options de transports avec leur proche aidant, leur famille et leur communauté. Dans leurs activités significatives, ils ajustent alors leurs performances afin de s'adapter au mieux aux possibilités de modes de transport alternatifs. Les clients sont soutenus dans la réalisation d'un plan réaliste sur la façon de parvenir à l'implémentation de ces différents changements d'habitudes de vie et de faire face aux éventuelles circonstances imprévues. Il s'agit là de développer des capacités de résolution de problèmes et des capacités de flexibilité de mobilité. Cela implique d'utiliser une approche par essai-erreur dans la découverte de différents moyens de transport. Cette étape prend fin (objectif-clé) lorsque le client a négocié un plan personnel pour la gestion des options alternatives dans sa mobilité.

Étape 4 - Autonomie

Durant cette étape, le duo client – proche aidant et leur réseau de soutien prennent confiance en leurs capacités d'implémenter et d'adapter les changements de comportement choisis. Cette étape, plus longue que les précédentes, constitue une période de suivi durant laquelle les solutions choisies sont adaptées. Le duo client – proche aidant apprend à percevoir cette phase d'instabilité comme un défi continu. En effet, une réadaptation perpétuelle est nécessaire en fonction des changements (déclin de l'état de santé du client – proche aidant, modification des transport, déménagement, etc.). Il y a une diminution progressive du soutien apporté par le programme alors que les clients, proches aidants et leur réseau de soutien recouvrent leur autonomie en cherchant ensemble des stratégies adaptées à leur situation. Cette étape prend fin (objectif-clé) lorsque l'autonomie du duo client – proche aidant et son réseau de soutien est fonctionnelle dans la gestion des changements émergents dans le domaine de la mobilité.

4.7 Liens entre étapes de progression et domaines de changement

Les changements sont initiés par les clients afin de parvenir à un équilibre occupationnel satisfaisant. Ces modifications ne s'appliquent pas uniquement à leur propre comportement, mais également aux autres individus, incluant notamment ceux qui constituent le réseau de soutien fonctionnel qui entoure le client. La **Figure 5** fait apparaître en bleu ces différentes catégories de domaines de changement (cf. 4.4 Domaines de changement). Ce schéma démontre également comment ces domaines peuvent être mis en lien avec les étapes de progression du programme durant lesquelles il est attendu que les changements se produisent.

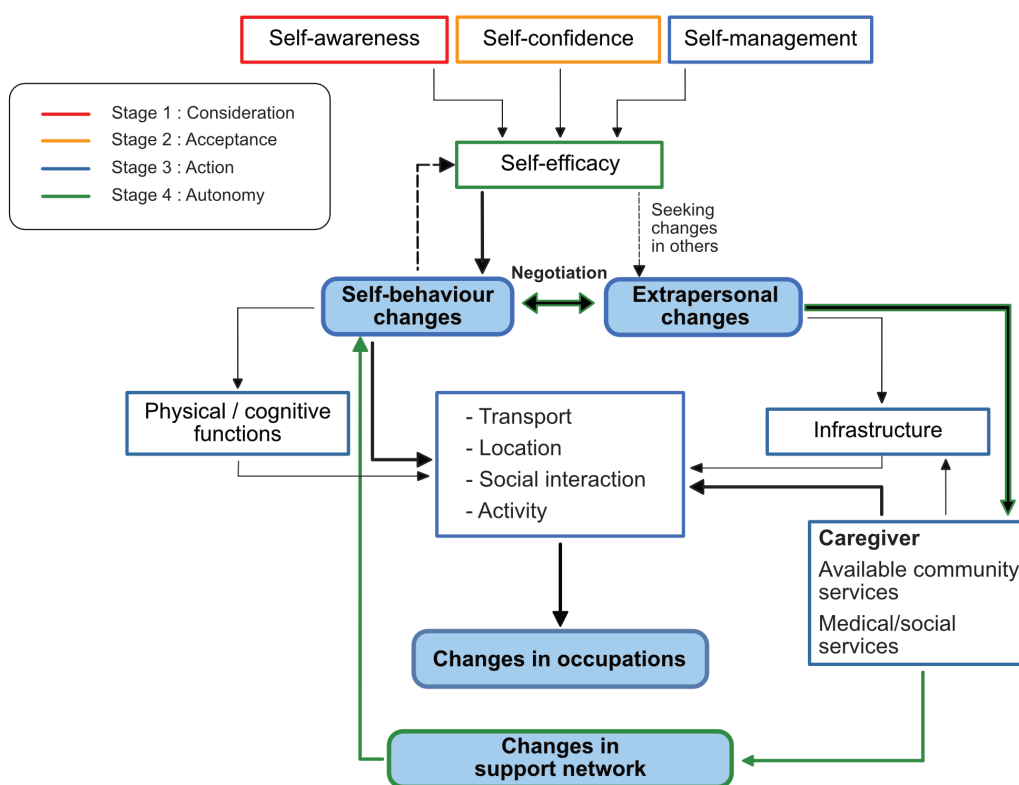


Figure 5 : Domaines de changement possibles dans le « Programme de la gestion de mobilité »

4.8 Proche aidant et réseau de soutien

Lors de la recension des écrits, nous avons remarqué que l'importance de l'implication du proche aidant dans le processus de transition était fréquemment mentionnée. D'ailleurs, le manque initial de cette notion a été l'une des critiques amenées par les participants durant les deux premiers tours de l'étude. Nous avons donc intégré cet élément dans notre programme, et dans le même temps, mis l'accent sur le réseau de soutien en général, incluant les proches aidants, les professionnels de la santé et du social et la communauté, tous susceptibles d'intervenir dans la transition de mobilité d'une personne âgée.

En plus de l'implication du proche aidant (anticipation, prise de décision, etc.), un soutien du réseau global est nécessaire afin d'accompagner au mieux le client tout au long du programme et atteindre ainsi un niveau d'autonomie fonctionnel (cf. « Etape 4 – Autonomie » dans 4.6.4 Contenu et structure des étapes).

4.9 Présomptions

En vue des objectifs définis, des présomptions, ou hypothèses, ont été identifiées pour permettre le développement du programme. Elles expliquent les modalités nécessaires pour que le programme soit fonctionnel. Celles-ci apparaissent à différentes étapes du programme, comme présentées sur le schéma (cf. **Figure 4**).

Les présomptions ont été identifiées d'après les commentaires apportés par les participants lors du processus, principalement lors des deuxième et troisième tours. L'analyse des résultats obtenus a ainsi permis d'identifier les besoins nécessaires à un bon fonctionnement du programme, puis de les catégoriser. Ainsi, 10 présomptions ont été identifiées :

- le personnel est formé pour donner les informations pertinentes et fournir du matériel pour la promotion du programme ;
- le cadre légal rend possible les périodes de transition ;
- une interface est disponible pour le client et les proches aidants afin de rentrer dans le programme et de gérer leur réseau de soutien ;
- le programme est disponible à un coût raisonnable pour le client et peut être effectué à proximité ;
- les pairs aidants sont formés et organisés en tant que communauté de soutien ;
- les intervenants facilitateurs sont formés ;
- le matériel de support pour les intervenants facilitateurs et les pairs aidants est développé et disponible ;
- une procédure existe pour évaluer l'aptitude à la conduite avec un ergothérapeute ainsi que d'effectuer une évaluation sur route ;
- la construction des modules du programme permet aux clients d'adapter l'ensemble du programme à leur calendrier ;
- la société (système de santé) est orientée sur des soins centrés sur le client.

4.10 Périodes-clés

Trois périodes-clés ont été intégrées au programme, sans pour autant qu'elle soient clairement définies temporellement, étant donné qu'elles peuvent se chevaucher et durer plus ou moins longtemps suivant les personnes concernées. Dans chacune de ces périodes-clés, les objectifs sont de différents ordres :

- **Anticipation** (*Anticipating*) : durant cette période, les objectifs sont de permettre au client de participer activement au programme. Ils répondent également aux attentes établies pour rentrer dans ce programme.
- **Changement** (*Changing*) : durant cette période active, les objectifs sont centrés sur les changements.
- **Fonctionnement** (*Functioning*) : les objectifs se concentrent sur l'autonomisation du réseau de soutien du client et de son suivi. Ils établissent aussi les modalités et la temporalité de la sortie du programme.

Liddle, Turpin, Carlson et McKenna (2008) avaient eux aussi identifié trois phases (cf. 3.2). Les périodes-clés que le groupe de consensus a fait émerger reprennent une certaine idée des phases de Liddle et al., mais elles les complètent par des notions d'une transition plus « idéale ». Par exemple, la phase de pré-décision peut comprendre une notion d'anticipation de la cessation de conduite. Le changement fait partie de la phase de décision où des actions sont entreprises et le fonctionnement montre que la phase de post-cessation est « réussie ». Toutefois, les périodes-clés que nous avons identifiées ne concernent pas uniquement la personne en cessation de conduite mais de manière générale le réseau de soutien entier.

But	Autonomisation de la gestion de la mobilité par la personne nécessiteuse d'une transition de mobilité, son proche aidant et son réseau de soutien. On ne cherche pas l'indépendance de la personne seule.
Objectifs-clés (accomplis par le client à chaque étape)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compréhension et gestion du processus de deuil lié à l'arrêt, prise de confiance des ressources du client et de son proche aidant 2. Appropriation de la décision et création de son propre scénario de l'arrêt 3. Négociation d'un plan personnel pour la gestion des solutions alternatives dans la mobilité 4. Autonomie fonctionnelle du duo client – proche aidant et son réseau de soutien dans la gestion des changements émergents dans le domaine de la mobilité
Finalités (long term outcomes)	Arrêt de la conduite / Maintien d'un équilibre occupationnel / Préservation de la santé mentale (bien-être) / Maintien de la participation sociale
Déclencheur / Anticipation	Intégration au programme lorsqu'un intérêt est porté pour l'anticipation des changements nécessaires lors de la réduction de mobilité, notamment pour une cessation de la conduite automobile. L'anticipation est d'ailleurs l'un des recours pour faciliter cette transition et prévenir l'apparition de symptômes dépressifs.
Population cible	Les personnes âgées et leur(s) proche(s) aidant(s) souhaitant anticiper ou initier un changement dans la gestion de leur mobilité. Le réseau de soutien est également pris en compte dans l'intervention.
Entrée dans le programme	Lors de l'anticipation ou de la présomption de la nécessité d'un arrêt de la conduite, le mieux est le plus tôt possible. Il est possible d'y entrer dès que le client – proche aidant ressent le besoin de s'informer, qu'il constate ou appréhende un déclin ou encore que l'arrêt de la conduite lui est imposé.
Base théorique	La structure du programme a été construite sur la base du modèle trans théorique. Toutefois, contrairement à ce modèle, les étapes ne sont pas forcément successives.
Temporalité	Certaines étapes peuvent être réalisées simultanément et leur succession individualisée à tout moment. Le programme peut être intégré à différentes étapes. Les divers aspects à changer peuvent également se dérouler différemment.
Durée du programme	Déterminée par deux critères : la position de la personne dans le programme (à quelle étape) / l'urgence de l'arrêt de conduite
Réseau	De nombreux professionnels et proches vont intervenir dans cette transition et constituer le réseau (network) de la personne. Ce dernier est utilisé dans la transition et intervient à plusieurs étapes du processus.
Principes liés à l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Approche centrée sur le client • Respect de la progression dans ses propres étapes face à l'arrêt • Apprentissage pour fixer ses propres objectifs, créer son propre scénario • Autonomie du client qui communique et gère les changements avec son réseau • Mise en place d'objectifs compatibles avec les ressources de son réseau
Modé de recrutement	A déterminer en fonction des contextes socioculturels, légaux et des ressources du lieu où le programme sera implanté.
Intervenants	A déterminer en fonction des contextes socioculturels, légaux et des ressources du lieu où le programme sera implanté.
Modalités nécessaires / Présomptions pour le contexte d'application	Le personnel est formé pour donner les informations pertinentes et fournir du matériel pour la promotion du programme ; Le cadre légal rend possible les périodes de transition ; Une interface est disponible pour le client et les proches aidants afin de rentrer dans le programme et de gérer leur réseau de soutien ; Le programme est disponible à un coût raisonnable pour le client et peut être effectué à proximité ; Les pairs aidants sont formés et organisés en tant que communauté de soutien ; Les intervenants facilitateurs sont formés ; Le matériel de support pour les intervenants facilitateurs et les pairs aidants est développé et disponible ; Une procédure existe pour évaluer l'aptitude à la conduite avec un ergothérapeute ainsi qu'à effectuer une évaluation sur route ; La construction des modules du programme permet aux clients d'adapter l'ensemble du programme à leur calendrier ; La société (système de santé) est orientée sur des soins centrés sur le client.

Tableau 6 : Récapitulatif du « Programme de gestion de la mobilité »

5. DISCUSSION

5.1 Aperçu des résultats en contexte

Comme résumé dans le tableau du chapitre précédent, le « Programme de gestion de la mobilité » prend en compte de nombreux aspects. Une personne qui prévoit d'arrêter de conduire peut donc l'intégrer à tout moment afin de traverser au mieux les différentes étapes de cette transition et acquérir une autonomie dans la gestion de sa mobilité. Le but de ce programme est qu'une personne puisse, à l'aide de son réseau de soutien, arrêter de conduire tout en maintenant un équilibre occupationnel et une participation sociale satisfaisante. Un des points principaux ressortis de ce consensus est que l'approche devrait être centrée sur la personne, notamment dans la temporalité, afin que la personne puisse vivre une transition et l'enchaînement des étapes au rythme qui lui convient. Le programme prend en compte également la possibilité d'emprunter des moyens de transports alternatifs à l'automobile. Ainsi, toute personne ayant arrêté de conduire, qu'elle habite en zone urbaine ou rurale, aura la possibilité d'explorer des solutions adaptées à sa situation et de choisir celle qui lui convient le mieux.

Malgré le consensus obtenu pour la plupart des éléments soulevés dans cette étude, des questionnements subsistent. En effet, certains éléments pourraient s'avérer problématiques, notamment en fonction des contextes socio-culturels et légaux du lieu où serait implanté le programme. La notion de temporalité adaptable aux besoins de la personne, par exemple, pourrait être limitée si le contexte légal imposait une date fixe du retrait de permis.

Un autre point pour lequel nous émettons des réserves et qui a été porté à notre attention par un participant est le fait d'avoir élaboré des objectifs prédéfinis pour marquer la fin de chaque étape. Il est vrai que l'idéal serait que les objectifs puissent être fixés par les clients eux-mêmes (*self-setted goals*) afin d'assurer la significativité de ceux-ci. Cependant, le choix d'avoir des objectifs fixés va permettre de mesurer l'atteinte des étapes.

5.2 Liens avec la recension des écrits

Comme mentionné précédemment lors de la recension des écrits (cf. 2.3.2 Modèles théoriques du changement), la complexité de la cessation de conduite pour les personnes âgées avait déjà été soulevée par Liddle, Turpin, Carlson et McKenna (2008). Pour l'élaboration du cadre d'intervention, nous nous sommes inspirés du modèle transthéorique appliqué à la cessation de conduite par ces mêmes auteurs (*Driving Cessation Process Model*). En effet, ce modèle répondait en partie à notre questionnement mais il s'est avéré

par la suite que le programme élaboré par le groupe de consensus (« Programme de gestion de la mobilité ») différait en certains points. D'une part, le *Driving Cessation Process Model* a été développé en Australie. Il est donc propre à ce contexte géographique et, par analogie, moins applicable à d'autres régions. D'autre part, il ne prenait pas en compte tous les éléments ressortis dans notre consensus (temporalité, anticipation, réseau de soutien, etc.) ou du moins pas de façon tant investiguée.

Une incompatibilité entre le programme et l'utilisation du modèle transthéorique a de plus été relevée. En effet, dans le modèle transthéorique, la notion d'imposer un quelconque objectif ou une étape n'existe pas. Cependant, dans notre programme, cette notion y apparaît. Un moment y est défini pour signifier que la personne doit cesser de conduire (délai imposé par le contexte légal, par exemple), où le permis devrait lui être retiré. Cette imposition se déroule dans le cas où la sécurité du client et son réseau de soutien serait entravée par un maintien de la conduite.

Un autre lien qui peut être fait entre les résultats du consensus et la recension des écrits est l'importance d'impliquer la famille et les proches dans le processus de transition. En effet, comme il a été prouvé selon plusieurs auteurs, l'implication du proche-aidant et de la famille prend une importance significative notamment lors du processus décisionnel d'arrêt de conduite (Liddle et al., 2016 ; Johnson, 1998). Le programme issu du consensus est également parvenu à intégrer cette notion, mais il a été mené plus loin en considérant son implication non seulement lors de la décision, mais également tout au long du processus. Le proche aidant forme un duo avec le client du début à la fin du processus, dès l'anticipation jusqu'à la gestion autonome de la mobilité. En effet, la présence et l'implication active d'un proche aidant s'est avérée essentielle si la finalité recherchée est l'autonomie complète du client et de son réseau de soutien.

En ce qui concerne la pertinence d'avoir recours à un transfert de mobilité, une revue systématique a été effectuée par Ker et al. (2005) sur les programmes visant à réduire les accidents de la route chez les conducteurs âgés, tout en maintenant la conduite. Elle a révélé qu'il n'y a pas encore de preuves que ces programmes soient efficaces. Selon nous, le fait qu'aucune preuve ne démontre une diminution d'accident appuie l'importance de viser une transition plutôt qu'un maintien de la conduite. Le programme de transfert de mobilité extrait de notre étude pourrait donc également répondre différemment à la problématique de l'insécurité routière.

5.3 Validité des résultats

Dans l'étude que nous avons effectuée, l'utilisation d'une approche basée sur la méthode *Delphi* a été pertinente, car aucun accord à proprement parler n'existe sur les éléments auxquels les participants ont été soumis. De plus, la contrainte géographique des experts n'a pas posé de problème à travers ce type de méthode. Toutefois, bien que la majorité des réponses des participants ait révélé l'atteinte de consensus, certaines limites de notre étude quant à la validité des résultats sont susceptibles d'apparaître.

Certains biais peuvent exister, notamment dans la méthode d'échantillonnage choisie pour identifier les participants. En effet, l'approche d'échantillonnage de convenance est critiquée pour le manque de fiabilité des résultats qu'elle peut entraîner (Marshall, 1996). De plus, nous avons décidé d'inclure dans notre étude des chercheurs et des cliniciens, dans le souhait d'obtenir une diversité dans les réponses des participants. Toutefois, avoir établi des critères d'activités professionnelles amène une grande hétérogénéité des réponses, tout en risquant qu'elles soient plus difficilement généralisables, rendant le consensus plus difficile à atteindre.

Une autre source de biais possible est le fait que, lors de certaines questions, des réponses étaient proposées par le groupe de recherche. Ceci a pu influencer le choix des réponses des membres du consensus et, par le même temps, influencer les résultats finaux de l'étude.

Un autre élément ayant pu biaiser les résultats de l'étude est de ne pas avoir obtenu les réponses de tous les participants à chaque tour. Le délai de réponse laissé aux participants, la période de recherche et les moyens de rappels et de participation aux questionnaires choisis (courriels et plateforme électronique) ont pu être déterminants dans l'absence de certaines réponses. D'autres facteurs propres aux participants eux-mêmes (disponibilité, volonté, capacités informatiques, etc.) peuvent en être l'explication. Autrement dit, des éléments organisationnels et temporels imposés par le groupe de recherche ou des éléments externes difficilement contrôlables ont pu limiter la participation de certains experts.

Concernant la validité externe, le programme a été réalisé dans l'idée qu'il soit applicable à un niveau international. Pour cela, le fait d'avoir impliqué des experts venant de plusieurs pays a permis d'avoir une vision étayée de la problématique de la cessation de conduite et du transfert de mobilité. Les résultats obtenus démontrent que le programme proposé peut être applicable à un niveau international car il ne comporte pas d'éléments qui précisent le contexte et est souple dans sa construction. Il donne une idée non exhaustive du moment

où les éléments peuvent intervenir. Cependant, le programme nécessite d'être adapté et précisé en fonction des contextes socio-culturel, légal et sanitaire du pays dans lequel il est implémenté.

En d'autres termes, il n'est pas applicable n'importe où ni pour n'importe qui, car il doit exister dans la région d'application un système de santé fonctionnel, qui considérerait le client comme étant au centre de ses prises en charge. De plus, le programme est culturellement défini car il comporte une idée d'intégration de la famille, mais aussi une idée d'intégrer d'autres personnes comme les professionnels de santé. Il part du principe que des alternatives à la voiture existent ou sont développables. Ces éléments ne sont pas nécessairement applicables à toutes les régions car ils sont mentionnés par des experts qui se réfèrent, pour la plupart, à des cultures similaires (pays occidentaux).

De plus, les résultats soulèvent que le mode de recrutement et les intervenants du programme doivent également être déterminés en fonction de ces contextes.

5.4 Application du programme

5.4.1 Éléments manquants à l'application

À ce jour, des éléments pour la compréhension et la mise en place de ce cadre d'intervention dans une situation réelle restent à développer, comme le groupe de consensus l'a exprimé.

Premièrement, une revue systématique serait nécessaire pour identifier les méthodes adéquates à employer en vue de faciliter une transition vers les changements souhaités (intégration du pair aidant, entretien motivationnel, etc.). Cette autre étude, uniquement focalisée sur l'aspect du changement dans le but d'assurer un équilibre occupationnel, permettrait d'être plus précis et exhaustif. Toutefois, une étude de cette ampleur ne peut être réalisée à l'aide d'un processus *Delphi*, mais sous forme de revue de la littérature, afin d'investiguer et de bénéficier de toutes les méthodes déjà existantes. En outre, cela procurerait une meilleure validité scientifique pour une telle recherche.

Deuxièmement, les éléments pratiques pour implémenter le programme ne peuvent pas être décrits, car plusieurs restent inconnus à ce jour :

- des moyens de recruter et de former les professionnels qui vont mener le programme ;
- des moyens pour informer la population cible de l'existence du programme ;

- des moyens pour les clients d'identifier les programmes et de s'inscrire à ceux qu'ils souhaitent suivre (i. e. selon le lieu et les horaires) ;
- des moyens pour identifier les réseaux existant des clients qui pourraient être impliqués dans le programme ;
- des moyens pour rendre disponible le matériel de support pour les modules du programme.

Le lieu de formation, ainsi que les ressources matérielles, organisationnelles et humaines, sont des éléments déterminants pour une mise en application fonctionnelle. Ils ne faisaient pas partie des objectifs de notre étude car tous les éléments cités dépendent des contextes locaux. En effet, elle a visé à fournir un cadre au sein duquel il soit possible de construire des programmes novateurs compatibles avec des contraintes régionales.

5.4.2 Application selon le contexte

La mise en application du programme, dépendant notamment du contexte local dans lequel il est implémenté, les moyens pour le rendre fonctionnel devraient être définis en étroite collaboration avec les autorités de chaque pays.

Cela variera en fonction des infrastructures disponibles, des exigences légales, de la formation de professionnels de la santé, etc. Par exemple, si nous voulons rendre possible, au sein du processus de transition, la notion de temporalité adaptée aux besoins de la personne (cf. 4.6.3 Temporalité), cela nécessitera une souplesse de la part des autorités. En effet, l'imposition d'une échéance ou d'une « date butoir » au retrait du permis pourrait porter préjudice au déroulement du programme et à l'enchaînement des étapes.

Une collaboration étroite entre les autorités locales, les professionnels de la santé, les centres de conduite et un groupe représentant les personnes âgées, semble essentielle pour une implémentation idéale. Par exemple, ceux qui souhaiteraient mettre en œuvre le programme devraient rendre les ressources disponibles permettant aux clients d'y accéder à un coût raisonnable.

De plus, le mode de recrutement des participants au programme sera une autre modalité à définir en fonction de la région. Il sera en effet déterminant d'atteindre également les personnes les plus isolées. Par exemple, une proposition serait de rendre obligatoire le premier cours du programme dans le processus légal de contrôle de l'aptitude à la conduite chez les personnes âgées, afin d'assurer que toute la population cible en prenne connaissance.

A ce jour, en Suisse, il existe des outils utiles pour guider les personnes âgées vers un transfert de mobilité sécuritaire. Par exemple, le Touring Club Suisse (TCS) propose une brochure à leur intention (« Rester mobile en toute sécurité – Interviews sur le thème de la mobilité »³⁴) qui donne des conseils en fonction des moyens de déplacement. Comme mentionné précédemment (cf. 2.1.2 Cadre légal suisse du permis de conduire), d'autres programmes voient le jour, tel que « Via sicura » qui a pour but de prononcer des restrictions progressives aux conducteurs et non pas un arrêt brusque de la conduite. Cela pourrait en effet aider à faciliter la transition en permettant d'anticiper mieux l'arrêt. Malgré ces petites avancées, il reste beaucoup d'éléments à travailler et remanier à plusieurs niveaux pour une mise en application et l'implémentation d'un processus de transition idéal.

De son côté, l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) a mis à disposition un site³⁵ à l'intention des conducteurs âgés, de leurs familles et des professionnels de la santé. Cet outil d'information « (...) a pour but d'aider les aînés à conserver leur capacité de conduire de façon sécuritaire aussi longtemps que possible » (Association canadienne des ergothérapeutes, 2016). Il inclut le réseau de la personne, comme dans notre programme de gestion de transfert de mobilité.

5.4.3 Implication des professionnels

Comme démontré lors de la recension des écrits, nous remarquons que l'ergothérapeute peut avoir un rôle majeur à jouer dans la transition de la conduite automobile (Liddle, Reaston, Pachana, Mitchell & Gustafsson, 2014 ; Liddle & McKenna, 2003). En effet, durant cette transition, le client va nécessiter un accompagnement pouvant faire recours à différentes techniques utilisables en ergothérapie (anticipation, *empowerment*, etc.) dans le domaine de la modification des habitudes de vie. Lors de cette étude, il est ressorti des réponses des participants que l'ergothérapeute avait un rôle à jouer dans l'administration de ce programme. Cependant, la finalité du programme étant l'autonomisation de la personne et de son réseau de soutien, l'ergothérapeute doit donc veiller à se retirer progressivement de la situation et ne pas rendre son aide indispensable.

Si l'implémentation de ce projet a lieu et étant donné le phénomène de vieillissement de la population pour les années à venir, nous émettons l'hypothèse que la demande de soutien apporté par ce programme va croître également. Il s'agira alors de trouver un équilibre

³⁴ Disponible sur <https://www.tcs.ch/fr/le-tcs/securite-routiere-et-prevention/brochures-materiel/products/rester-mobile-en-toute-securite.php>

³⁵ Disponible sur <http://www.securitedesconducteursages.ca/>

entre l'offre et la demande. Il est probable que le nombre d'ergothérapeutes disposés et formés à travailler dans ce domaine ne suffise alors pas. Une solution serait alors d'intégrer d'autres professionnels de la santé et du social (psychologues, ostéopathes, physiothérapeutes, éducateurs sociaux, etc.) dans une formation à l'administration de ce programme.

Le choix de peu cibler les personnes spécialisées dans la conduite sur route (service des automobiles, moniteurs, etc.) a été fait délibérément afin de se focaliser sur les éléments théoriques applicables à différents contextes.

5.4.4 Applicabilité du programme

Le cadre d'intervention a été réalisé, dans un premier temps, pour s'appliquer au transfert de mobilité des personnes âgées. Toutefois, nous pouvons supposer qu'il est susceptible d'être fonctionnel auprès d'autres populations où une cessation de conduite est imposée. Par exemple, lorsqu'une personne est affectée par un accident vasculaire cérébrale (AVC), quelque soit son âge, des répercussions sont notamment observées sur les habiletés requises à la conduite d'un véhicule motorisé (Marshall et al., 2007). Il est alors possible, après une rééducation intensive, que la personne puisse reprendre un jour la conduite. Cependant, dans certains cas, il peut s'avérer qu'une cessation de conduite est alors nécessaire, la personne ayant subi un AVC ne pouvant plus conduire de façon sécuritaire pour diverses raisons. Dans ce cas-là, l'approche mise en vigueur au sein du « Programme de gestion de la mobilité » pourrait alors être appliquée. Nous supposons que d'autres situations, où la conduite serait entravée, pourraient également s'appliquer à ce cadre d'intervention.

5.5 Conclusion

Ce travail visait à élaborer un cadre d'intervention dans le domaine d'un transfert de mobilité chez les personnes âgées, au terme d'un consensus entre experts.

Une autocritique que nous pourrions apporter à la forme de notre travail touche à la présentation du cadre d'intervention (cf. **Figure 4**). Le programme est visuellement et conceptuellement complexe, car il implique beaucoup d'éléments, ce qui est également positif étant donné qu'il prend en compte la globalité d'une telle intervention, de ses acteurs et de la temporalité. Il reste que, dans son état brut, son accessibilité est limitée, car il est

nécessaire de prendre du temps pour le saisir dans toute sa subtilité. Le schéma ne se suffit pas à lui-même pour sa compréhension.

Un concept clé ressorti tout au long du consensus, au sein duquel les ergothérapeutes ont leur rôle à jouer, est la notion d'anticipation. Plus le programme intervient tôt dans la transition, plus la personne concernée pourra s'impliquer et gérer la temporalité de manière optimale. Le but final étant l'autonomisation de la gestion de mobilité du client à l'aide de son réseau de soutien, il est primordial de considérer l'implication du proche aidant tout au long du processus de transition.

Le « Programme de gestion de la mobilité » conceptualisé à l'aide des experts représente le processus théorique d'une transition idéale. Nous sommes conscientes que dans la réalité de la pratique et du contexte d'implémentation, il sera complexe à mettre en œuvre. En effet, plusieurs participants ont souvent mis en avant le fait que leur région ne disposait des ressources nécessaires à la mise en application d'un tel programme. Il est vrai qu'actuellement ce projet n'est constitué que de la partie théorique et qu'il manque encore de nombreux éléments pratiques, propres aux contextes, pour permettre une implémentation fonctionnelle. Des études propres à un contexte défini seraient donc nécessaires dans le but d'investiguer et de déterminer les éléments concrets manquants à son implémentation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adler, G. & Rottunda, S. (2006). Older adults' perspectives on driving cessation. *Journal of Aging Studies*, 20(3), 227-235. doi : <http://doi.org/10.1016/j.jaging.2005.09.003>
- Adler G., Rottunda S., Rasmussen K. & Kuskowski, M. (2000). Caregivers dependent upon drivers with dementia. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6, 83-90. doi : <http://doi.org/10.1023/A:1009532408845>
- 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. doi : <http://doi.org/10.3109/07380577.2014.917779>
- Alsnih, R. & Hensher, D. A. (2003). The mobility and accessibility expectations of seniors in an aging population. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 37(10), 903-916. doi : [http://doi.org/10.1016/S0965-8564\(03\)00073-9](http://doi.org/10.1016/S0965-8564(03)00073-9)
- Anaby, D. R., Backman, C. L. & Jarus, T. (2010). Measuring Occupational Balance: A Theoretical Exploration of Two Approaches. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(5), 280-288. doi : <http://doi.org/10.2182/cjot.2010.77.5.4>
- Anstey, K., Wood, J., Lord, S. & Walker, J. (2005). Cognitive, sensory and physical factors enabling driving safety in older adults. *Clinical Psychology Review*, 25(1), 45-65. doi : <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.008>
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2016). *Les conducteurs âgés au Canada et leur famille*. Récupéré de <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=2410>
- Association des Services des Automobiles (ASA). (2016). *Catégories de permis*. Récupéré de <http://fuehrerausweise.ch/fr/categories-de-permis/categorie-b/#cat-b>
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *Gerontologist*, 29(2), 183-90. Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2519525>
- Backman, C. L. (2010). Occupational Balance and Well-being. In C. H. Christiansen & E. A. Townsend (Ed.), *Introduction to Occupation: The Art of Science and Living* (pp. 231 - 249). London, UK : Pearson.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi : <http://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

- Bauer, M. J., Adler, G., Kuskowski, M. A. & Rottunda, S. (2003). The influence of age and gender on the driving patterns of older adults. *Journal of Women & Aging*, 15(4), 3–16. doi : http://doi.org/10.1300/J074v15n04_02
- Bédard, M. & Dickerson, A. E. (2014). Consensus Statements for Screening and Assessment Tools. *Occupational therapy in health care*, 28(2), 127–131. doi : <http://doi.org/10.3109/07380577.2014.903017>
- Blair, S. E. (2000). The centrality of occupation during life transitions. *The British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 231-237. doi : <http://doi.org/10.1177/030802260006300508>
- Braver, E. R. & Trempel, R. E. (2004). Are older drivers actually at higher risk of involvement in collisions resulting in deaths or non-fatal injuries among their passengers and other road users? *Injury Prevention*, 10(1), 27-32. doi : <http://doi.org/10.1136/ip.2003.002923>
- Brousse, C. & Boisaubert, B. (2007). La qualité de vie et ses mesures. *La Revue de Médecine Interne*, 28(7), 458-462. doi : <http://doi.org/10.1016/j.revmed.2007.02.010>
- Calvès, A.-E. (2010). « Empowerment » : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. *Revue Tiers Monde*, (200), 735-749. doi : <http://doi.org/10.3917/rtm.200.0735>
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D. & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal*, 321(7262), 694-696. doi : <http://doi.org/10.1136/bmj.321.7262.694>
- Campbell, N. C., Murray, E., Darbyshire, J., Emery, J., Farmer, A., Griffiths, F., ... Kinmonth, A. L. (2007). Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *British Medical Journal*, 334(7591), 455-459. doi : <http://doi.org/10.1136/bmj.39108.379965.BE>
- Chacko, E. E., Wright, W. M., Worrall, R. C., Adamson, C. & Cheung, G. (2015). Reactions to driving cessation: a qualitative study of people with dementia and their families. *Australasian Psychiatry*, 1039856215591326. doi : <http://doi.org/10.1177/1039856215591326>
- Chihuri, S., Mielenz, T. J., DiMaggio, C. J., Betz, M. E., DiGuseppi, C., Jones, V. C. & Li, G. (2016). Driving Cessation and Health Outcomes in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(2), 332-341. doi : <http://doi.org/10.1111/jgs.13931>



- Choi, M., Lohman, M. C. & Mezuk, B. (2014). Trajectories of cognitive decline by driving mobility: evidence from the Health and Retirement Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(5), 447-453. doi : <http://doi.org/10.1002/gps.4024>
- Confédération suisse. (2016). *Ordonnance réglant l'admission des personnes et des véhicules à la circulation routière*. Récupéré de <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19760247/index.html>
- Curl, A. L., Stowe, J. D., Cooney, T. M. & Proulx, C. M. (2014). Giving up the keys: how driving cessation affects engagement in later life. *Gerontologist*, 54(3), 423-433. doi : <http://doi.org/10.1093/geront/gnt037>
- Dellinger, A. M., Sehgal, M., Sleet, D. A. & Barrett-Connor, E. (2001). Driving cessation: What older former drivers tell us. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(4), 431-435. doi : <http://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49087>
- Diamond, I. R., Grant, R. C., Feldman, B. M., Pencharz, P. B., Ling, S. C., Moore, A. M. & Wales, P. W. (2014). Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *J Clin Epidemiol*, 67(4), 401-9. doi : <http://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>
- Dickerson, A. E., 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. doi : <http://doi.org/10.5014/ajot.2014.011833>
- Dickerson, A. E., Reistetter, T., Davis, E. S. & Monahan, M. (2011). Evaluating driving as a valued instrumental activity of daily living. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(1), 64-75. doi : <http://doi.org/10.5014/ajot.2011.09052>
- Dickie, V., Cutchin, M. P. & Humphry, R. (2006). Occupation as Transactional Experience: A Critique of Individualism in Occupational Science. *Journal of Occupational Science*, 13(1), 83-93. doi : <http://doi.org/10.1080/14427591.2006.9686573>
- Doig, E., Prescott, S., Fleming, J., Cornwell, P. & Kuipers, P. (2015). Development and construct validation of the Client-Centredness of Goal Setting (C-COGS) scale. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(4), 302-10. doi : <http://doi.org/10.3109/11038128.2015.1017530>
- Droniou, K. (2012). *Compte-rendu de l'ouvrage : Transition de vie. Comment s'adapter aux tournants de notre existence de William Bridges*. Récupéré de

http://orientation.ca/wp-content/uploads/2012/09/ORIENTATION-ARTICLE-8-Droniou_2012_-Recension-dun-livre-en-counseling-LC.pdf

- Favrat, B. & Pasche, C. (2012). Aptitude au volant : quelle conduite? *Revue Médicale Suisse*, (325), 176. Récupéré de <http://www.revmed.ch/rms/2012/RMS-325/Aptitude-au-volant-quelle-conduite>
- Favrat, B. (2008). Aptitude au volant : quelle conduite pour les médecins en 2008? *Revue Médicale Suisse*, 4, 1594–8. Récupéré de <http://www.revmed.ch/rms/2008/RMS-164/Aptitude-au-volant-quelle-conduite-pour-les-medecins-en-2008>
- Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, 16(1), 51-74. doi : [http://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](http://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)
- Fricke, J. & Unsworth, C. (2001). Time use and importance of instrumental activities of daily living. *Australian Occupational Therapy Journal*, 48(3), 118-131. doi : <http://doi.org/10.1046/j.0045-0766.2001.00246.x>
- Galski, T., Ehle, H. T. & Williams, J. B. (1998). Estimates of driving abilities and skills in different conditions. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(4), 268-275. doi : <http://doi.org/10.5014/ajot.52.4.268>
- Gasior, K., Huber, M., Lamura, G., Lelkes, O., Marin, B., Rodrigues, R., ... Zolyomi, E. (2012). *Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care - Europe and North America*.
- Goodman, C. M. (1987). The Delphi technique: a critique. *Journal of advanced nursing*, 12(6), 729–734. doi : <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1987.tb01376.x>
- Golisz, K. (2014). Occupational therapy and driving and community mobility for older adults. *American journal of occupational therapy*, 68(6), 654–656. doi : <http://doi.org/10.5014/ajot.2014.013144>
- Gustafsson, L., Liddle, J., Liang, P., Pachana, N., Hoyle, M., Mitchell, G. & McKenna, K. (2012). A driving cessation program to identify and improve transport and lifestyle issues of older retired and retiring drivers. *International Psychogeriatrics*, 24(5), 794-802. doi : <http://doi.org/10.1017/S1041610211002560>
- 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*, 78(2), 110-117. doi : <http://doi.org/10.2182/cjot.2011.2.6>

- Hassan, H., King, M. & Watt, K. (2015). Older adults and driving reduction: Is the gender gap narrowing? Récupéré de <http://eprints.qut.edu.au/90093/>
- Hasson, F., Keeney, S. & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008-1015. doi : <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x>
- Hsu, C.-C. & Sandford, B. A. (2007). The Delphi technique: making sense of consensus. *Practical assessment, research & evaluation*, 12(10), 1–8. Récupéré de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37680048/DELPHI_TECHNIC_1.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1470474491&Signature=NrE3H0LPyO1709J%2BhPiuVUvkFCo%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DThe_Delphi_Technique_Making_Sense_Of_Con.pdf
- Hunt, L. A. & Arbesman, M. (2008). Evidence-based and occupational perspective of effective interventions for older clients that remediate or support improved driving performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(2), 136–148. doi : <http://doi.org/10.5014/ajot.62.2.136>
- Janke, M. K. (1994). Mature Driver Improvement Program in California. *Transportation Research Record : Journal of the Transportation Research Board*. Récupéré de <http://onlinepubs.trb.org/Onlinepubs/trr/1994/1438/1438-010.pdf>
- Johnson, J. E. (1998). Older rural adults and the decision to stop driving: The influence of family and friends. *Journal of community health nursing*, 15(4), 205–216. doi : http://doi.org/10.1207/s15327655jchn1504_2
- Keeney, S., Hasson, F. & McKenna, H. (2006). Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 205-212. doi : <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03716.x>
- Keeney, S., McKenna, H. & Hasson, F. (2010). *The Delphi Technique in Nursing and Health Research*. John Wiley & Sons. doi : <http://doi.org/10.1002/9781444392029.ch1>
- Ker, K., Roberts, I., Collier, T., Beyer, F., Bunn, F. & Frost, C. (2005). Post-licence driver education for the prevention of road traffic crashes: a systematic review of randomised controlled trials. *Accident Analysis & Prevention*, 37(2), 305-313. doi : <http://doi.org/10.1016/j.aap.2004.09.004>

- Kiernan, B. D., Cox, D. J., Kovatchev, B. P., Kiernan, B. S. & Giuliano, A. J. (1999). Improving driving performance of senior drivers through self-monitoring with a driving diary. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 16(1-2), 55-64. doi : http://doi.org/10.1080/J148v16n01_04
- King, D., Berg-Weger, M., Meuser, T., Chibnall, J., Harmon, A. & Yakimo, R. (2011). Decoding the Miss Daisy Syndrome: Personal meanings and life space related to mobility. *Journal of Gerontological Social Work*, 54, 29-52. doi : <http://doi.org/10.1080/01634372.2010.522231>
- Kostyniuk, L. P. & Shope, J. T. (2003). Driving and alternatives: Older drivers in Michigan. *Journal of safety research*, 34(4), 407–414. doi : <http://doi.org/10.1016/j.jsr.2003.09.001>
- Kowalski, K., Jeznach, A., & Tuokko, H. A. (2014). Stages of driving behavior change within the Transtheoretical Model (TM). *Journal of safety research*, 50, 17-25. doi : <http://doi.org/10.1016/j.jsr.2014.01.002>
- Larivière, N. (2008). Analyse du concept de la participation sociale : définitions, cas d'illustration, dimensions de l'activité et indicateurs. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 114–127. doi : <http://doi.org/10.1177/000841740807500207>
- Langford, J., Bohensky, M., Koppel, S. & Newstead, S. (2008). Do older drivers pose a risk to other road users? *Traffic Injury Prevention*, 9(3), 181-9. doi : <http://doi.org/10.1080/15389580801975632>
- Lenio, J. A. (2006). Analysis of the Transtheoretical Model of behavior change. *Journal of Student research*, 5, 73–87.
- Liddle, J., Liu, X., Aplin, T. & Gustafsson, L. (2015). The experiences of peer leaders in a driving cessation programme. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(6), 383-390. doi : <http://doi.org/10.1177/0308022614562403>
- Liddle, J., McKenna, K. & Bartlett, H. (2007). Improving outcomes for older retired drivers: The UQDRIVE program. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54(4), 303-306. doi : <http://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2006.00614.x>
- Liddle, J. & McKenna, K. (2003). Older drivers and driving cessation. *The British Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 125–132. doi : <http://doi.org/10.1177/030802260306600307>

- Liddle, J., McKenna, K. & Broome, K. (2004). Older road users: from driving cessation to safe transportation. *Sleep*, 57(59.6), 59-1. Récupéré de http://granddriver.net/wp-content/uploads/Older_driv_2.pdf
- Liddle, J., Reaston, T., Pachana, N., Mitchell, G. & Gustafsson, L. (2014). Is planning for driving cessation critical for the well-being and lifestyle of older drivers? *International Psychogeriatrics*, 26(7), 1111-1120. doi : <http://doi.org/10.1017/S104161021400060X>
- Liddle, J., Tan, A., Liang, P., Bennett, S., Allen, S., Lie, D. C. & Pachana, N. A. (2016). « The biggest problem we've ever had to face »: how families manage driving cessation with people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 28(1), 109-122. doi : <http://doi.org/10.1017/S1041610215001441>
- Liddle, J., Turpin, M., Carlson, G. & McKenna, K. (2008). The Needs and Experiences Related to Driving Cessation for Older People. *The British Journal of Occupational Therapy*, 71(9), 379-388. doi : <http://doi.org/10.1177/030802260807100905>
- Mackett, R. (2015). Improving accessibility for older people – Investing in a valuable asset. *Journal of Transport & Health*, 2(1), 5-13. doi : <http://doi.org/10.1016/j.jth.2014.10.004>
- Marcellini, F., Principi, A., Ciarrocchi, S., Mollenkopf, H., Tacke, M., Ruoppila, I. & Szeman, Z. (2002). Mobility Aspects Of Older People In Europe: Main Findings Of The European Project “Mobilate”. In *Trabalho apresentado no National Research Council Building Non-Handcapping Meeting,(7p.)*. Rome, Instituto per le Tecnologie della Costruzione. Récupéré de https://www.researchgate.net/profile/Andrea_Principi/publication/228482956_Mobility_Aspects_Of_Older_People_In_Europe_Main_Findings_Of_The_European_Project_Mobilate/links/0fcfd50b31ff267b25000000.pdf
- Marottoli, R. A., Mendes de Leon, C. F. M., Glass, T. A., Williams, C. S., Cooney, L. M. & 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), S334-S340. doi : <http://doi.org/10.1093/geronb/55.6.S334>
- Marshall, M. N. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 13(6), 522-526. doi : <http://doi.org/10.1093/fampra/13.6.522>

- Marshall, S. C., Molnar, F., Man-Son-Hing, M., Blair, R., Brosseau, L., Finestone, H. M., ... Wilson, K. G. (2007). Predictors of driving ability following stroke: a systematic review. *Topics in stroke rehabilitation*, 14(1), 98–114. doi : <http://doi.org/10.1310/tsr1401-98>
- Matuska, K. & Christiansen, C. H. (2010). A Theoretical Model of Life Balance and Imbalance. In K. Matuska & C. H. Christiansen (Ed.), *Life Balance: Multidisciplinary Theories and Research* (pp. 149 - 164). Thorofare, NJ : AOTA Press and Slack Incorporated.
- McKenna, H. P. (1994). The Delphi technique: a worthwhile research approach for nursing? *Journal of advanced nursing*, 19(6), 1221–1225. doi : <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01207.x>
- Messinger Rapport, B.J. & Rader, E. (2000). High risk on the highway. How to identify and treat the impaired older driver. *Geriatrics*, 55(10), 32-4.
- Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne : Haute Ecole de travail social et de la santé.
- 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), S298–S303. doi : <http://doi.org/10.1093/geronb/63.5.S298>
- Michie, S., Wood, C. E., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J. J. & Hardeman, W. (2015). Behaviour change techniques: the development and evaluation of a taxonomic method for reporting and describing behaviour change interventions (a suite of five studies involving consensus methods, randomised controlled trials and analysis of qualitative data). *Health Technology Assessment*, 19(99), 1-188. doi : <http://doi.org/10.3310/hta19990>
- Mollenkopf, H., Hieber, A. & Wahl, H.-W. (2011). Continuity and change in older adults' perceptions of out-of-home mobility over ten years: a qualitative--quantitative approach. *Ageing and Society*, 31, 782–802. doi : <http://doi.org/10.1017/S0144686X10000644>
- Mollenkopf, H., Marcellini, F., Ruoppila, I., Flaschenträger, P., Gagliardi, C. & Spazzafumo, L. (1997). Outdoor mobility and social relationships of elderly people. *Archives of gerontology and geriatrics*, 24(3), 295–310. doi : [http://doi.org/10.1016/S0167-4943\(97\)00781-4](http://doi.org/10.1016/S0167-4943(97)00781-4)

- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., ... Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*, 350, h1258. doi : <http://doi.org/10.1136/bmj.h1258>
- Neistadt, M. E. & Crepeau, E. B. (1998). Introduction to occupational therapy. *Willard and Spackman's occupational therapy*, 5-12.
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2013). *Mobilité et transports 2013*. Récupéré de <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=5295>
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2012a). *La mobilité en Suisse – Principaux résultats du Microrecensement mobilité et transports 2010*. Récupéré de <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=4785>
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2012b). *La mobilité en Suisse – Résultats du Microrecensement mobilité et transports 2010*. Récupéré de <http://www.portal-stat.admin.ch/mz10/docs/841-1000.pdf>
- Office fédéral des routes (OFROU). (2015). *Amélioration de la qualité des évaluations de l'aptitude à la conduite*. Récupéré de <http://www.astra.admin.ch/dokumentation/00109/00113/00491/index.html?lang=fr&msg-id=57935>
- Office fédéral des routes (OFROU). (s. d.). *Plus de sécurité sur la route grâce à Via sicura*. Récupéré de <http://www.astra.admin.ch/dokumentation/00109/00113/00491/index.html?lang=fr&msg-id=57935>
- Office fédéral des routes (OFROU). (1998). *Examens médicaux des conducteurs de véhicules automobiles*. Récupéré de http://www.astra2.admin.ch/media/pdfpub/1998-03-06_500_f.pdf
- O'Neill, D. (2000). Safe mobility for older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10(02), 181-191.
- Pachana, N. A., Jetten, J., Gustafsson, L. & Liddle, J. (2016). To be or not to be (an older driver): social identity theory and driving cessation in later life. *Ageing & Society, FirstView*, 1–12. doi : <http://doi.org/10.1017/S0144686X16000507>

- Pochet, P. (2003). Mobilité et accès à la voiture chez les personnes âgées: évolutions actuelles et enjeux. *Recherche-Transports-Sécurité*, 79, 93–106. doi : [http://doi.org/10.1016/S0761-8980\(03\)00009-8](http://doi.org/10.1016/S0761-8980(03)00009-8)
- Polgar, J. (2011). Faciliter la mobilité dans la communauté: une façon d'exercer l'ergothérapie sociale. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(2), 69–71. doi : <http://doi.org/10.2182/cjot.2011.78.2.1x>
- PrimaryCare. (2011). *Aptitude à conduire un véhicule automobile chez les seniors âgés de plus de 70 ans*. Récupéré de <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/fr/2011/2011-07/2011-07-048.PDF>
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., ... Rossi, S. R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46. Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8168470>
- Schwarzer, R. (2008). Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1-29. doi : <http://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x>
- Schwarzer, R., Sniehotta, F. F., Lippke, S., Luszczynska, A., Scholz, U., Schüz, B., ... Ziegelmann, J. P. (2003). On the assessment and analysis of variables in the health action process approach: Conducting an investigation. *Berlin : Freie Universität Berlin*. Récupéré de http://userpage.fu-berlin.de/~gesund/hapa_web.pdf
- Stalvey, B. T. & Owsley, C. (2003). The development and efficacy of a theory-based educational curriculum to promote self-regulation among high-risk older drivers. *Health Promotion Practice*, 4(2), 109–119. doi : <http://doi.org/10.1177/1524839902250757>
- Stinchcombe, A., Odenheimer, G. L. & Bédard, M. (2015). Managing Safety and Mobility Needs of Older Drivers. In Bensadon, B. (Ed.), *Psychology and Geriatrics: Integrated Care for an Aging Population* (pp. 135-146). Academic Press.
- Stutts, J. C. & Wilkins, J. W. (2003). On-road driving evaluations: A potential tool for helping older adults drive safely longer. *Journal of Safety Research*, 34(4), 431-439. doi : <http://doi.org/10.1016/j.jsr.2003.09.014>
- Spiral (2015). *La méthode Delphi*. Récupéré de <http://www.spiral.ulg.ac.be/fr/outils/methode-delphi/>

- Timmer, A. J., Unsworth, C. A. & Taylor, N. F. (2015). Occupational therapy inpatient rehabilitation interventions with deconditioned older adults following an acute hospital admission: A Delphi study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(1), 41-49. doi : <http://doi.org/10.1111/1440-1630.12169>
- Tuokko, H., Jouk, A., Myers, A., Marshall, S., Man-Son-Hing, M., Porter, M. M., ... Vrkljan, B. (2014). A re-examination of driving-related attitudes and readiness to change driving behavior in older adults. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 32(3), 210-227. doi : <http://doi.org/10.3109/02703181.2014.931503>
- Truzzi, A., Valente, L., Ulstein, I., Engelhardt, E., Laks, J. & Engedal, K. (2012). Burnout in Familial Caregivers of Patients with Dementia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 405-412. doi : <http://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.02.006>
- Université Laval. (2006). *Collection Mémoires et thèses électroniques, chapitre 1 : Le modèle transthéorique du changement*. Récupéré de <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/23895/ch02.html#d0e188>
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J. & Redding, C. A. (1998). Smoking cessation and stress management: applications of the transtheoretical model. *Homeostasis in health and disease*, 38, 216-233.
- Visites médicales du permis de conduire. (2014). *Quel est l'impact du vieillissement sur la conduite véhicules ?* Récupéré de <http://www.visite-medicale-permis-conduire.org/apptitude-a-la-conduite-des-vehicules/impact-veillissement-conduite-vehicules>
- 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), 30-39. doi : <http://doi.org/10.1080/14427591.2007.9686581>
- Whitman, N. I. (1990). The Committee Meeting Alternative; Using the Delphi Technique. *Journal of Nursing Administration*, 20(7-8), 30-36.
- World Health Organization (2001). International classification of functioning, disability and health. Geneva, Switzerland : WHO.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire tour 1

Delphi consensus study – Round 1

10.01.16 00:37

Delphi consensus study – Round 1

We thank you for having accepted to contribute to this study and welcome you to this first round. During this round, you are to help define overall treatment goals and intermediary goals (endpoints), and suggest underlying theory models we could rely on to achieve them (eg. social learning theory, cognitive learning theory, theory of reason or action, behaviourism). This round includes 20 questions. They are organized in six sections. Completing the form requires approximatively 30-45 minutes.

1. Please provide your studyID (Q1)

.....

All your answers are made anonymous. It is however important to provide your studyID for us to link your responses through different rounds.

We thank you again for the interest in this topic and for your important contribution in finding adapted solutions for ageing drivers.

Developing definitions of treatment goals

2. List up to three treatment goals that you consider as most important to achieve when addressing the problem of driving cessation with ageing people ? (Q2)

.....
.....
.....
.....
.....

Feel free to come back to this question once you have finished the form.

Assessing the relevance of endpoints

Relying on Prochaska and DiClemente's transtheoretical model to define stages of changes and Liddle & al's (2008) adaptation to driving cessation, we defined four endpoints. We would like you to let us know whether you consider these endpoints as relevant or not. To be completely relevant, they need to correspond to important endpoints you would expect, they need to refer to clinical relevant time points, they need to relate to phases through which most or all patients need to go through, and they need to be correctly formulated.

Assessing the relevance of each endpoint

Please rate each endpoint from irrelevant to completely relevant on the following numerical rating scales.

3. Endpoint 1: Being aware of advantages of driving cessation and personal resources (Q3)

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Irrelevant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completely relevant

4. Endpoint 2: Owning the decision of transition (Q4)

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Irrelevant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completely relevant

5. Endpoint 3: Choosing adapted alternatives (Q5)

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Irrelevant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completely relevant

6. Endpoint 4: Acknowledging changes are integrated (Q6)

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Irrelevant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completely relevant

7. If you found any of the endpoints inadequate (value < 6), please explain why and provide suggestions or alternatives. (Q7)

.....

.....

.....

.....

.....

- 8. Can you think of any other important endpoints that need to be considered in this intervention (before, during or after) ? If so, could you briefly describe it and suggest a labeling? (Q8)

.....
.....
.....
.....
.....

Endpoint 1 : Being aware of advantages of driving cessation and personal resources

This marks the end of the phase during which patients are confronted by the reality of their health condition and the difficulties this might lead to. It is the phase during which patients become aware that driving is no longer possible. The decision to cease driving shifts from an imposed external constraint to self-responsibility. People see the advantage of finding alternative mode of transport. It is therefore also the phase during which they can move their focus from their deficits to those of advantages in changes and highlight their resources thereby making the idea of change possible.

- 9. Please list up to three underlying theory models / approaches you would rely on to have patients become aware of advantages of driving cessation ? (Q9)

.....
.....
.....
.....
.....

- 10. Please list up to three underlying theory models / approaches you would rely on to have patients become aware of their personal resources ? (Q10)

.....
.....
.....
.....
.....

Endpoint 2 : Owning the decision of transition

This endpoint marks the end of the phase during which patients make the decision of transition their own. We are moving from the phase of recognizing the need to take decisions to the phase of taking the decisions. Different procedures can help patients go through this important step that will strengthen their involvement in therapy.

- 11. Please list up to three underlying theory models / approaches that you would rely on to help patients own the decision of driving cessation and transport transfer. (Q11)

.....
.....
.....
.....
.....

Endpoint 3 : Choosing adapted alternatives

This endpoint marks the end of the phase during which different changes are explored and tested with the patient and adapted alternatives are chosen. The aim is for the patient to make satisfying choices for adapted alternatives.

Provide a short description of what you would mean by each of the following concepts ?

- 12. Changes in residency or places of destination (Q12)

.....
.....
.....
.....
.....

- 13. Changes in transport (Q13)

.....
.....
.....
.....
.....

- 14. Changes in occupation (Q14)

.....
.....
.....
.....
.....

15. Changes in social interactions (Q15)

.....
.....
.....
.....
.....

16. Changes in emotional attachments (Q16)

.....
.....
.....
.....
.....

17. Apart from the five types of changes suggested above, can you think of any other type of change that could be explored? If so, please provide a brief description. (Q17)

.....
.....
.....
.....
.....

18. What approach(es) would you rely on to make sure that the proposed solutions are adapted? (Q18)

.....
.....
.....
.....
.....

Endpoint 4 : Acknowledging changes are integrated

This endpoint marks the end of the phase during which patients integrate changes in behavior. This longer phase consists of a follow-up period (maximum 6 months) during which solutions are adjusted and patients integrate new habits through repetition. There is also a progressive decrease in assistance as patients recover their autonomy in choosing strategies to get to the places they want to.

19. List up to three approaches you would rely on to have patients integrate changes? (Q19)

20. List up to three approaches you would rely on to have patients develop their autonomy in their ability to enhance changes in mobility? (Q20)

End of Round 1

You have answered the last question. You will be invited for the next round on January 26th. Feel free to move back and forth to revise your answers. Once you are satisfied with all your answers, press the submit button on this page.



Annexe 2 : Questionnaire tour 2

Delphi consensus study – Round 2

<https://docs.google.com/forms/d/1pUzQ6AZz6CLNQ0ggqu10utOzT...>

Delphi consensus study – Round 2

We thank all those who contributed to the first round and welcome you to this second round. During this round, you are to validate treatment goals, treatment stages, expected domains of changes and endpoints. We also would like to know in which stage you expect these changes to occur. Finally, we need you to link suggestions of expected domains of changes to standard behavioural determinants. This round includes 59 questions. They are organized in thirteen sections. Each section ends with the list of detailed responses we received during the first round. Completing the form requires approximately 30-60 minutes.

Comment: Some participants had difficulties competing the questionnaire using Windows Explorer (e.i. not able to continue to next section). Their problem was solved by changing browser and using Chrome.

1. Please provide your StudyID :

Treatment goals

Treatment goals are separated in "long term goals", "short term goals", and "continuous goals". Within this framework, the process of driving cessation is seen as a progressive change.

Long term goals correspond to what is expected to change at the end of the entire process which can last up to six months. Therapeutic goals of the entire process are to ensure mental and physical well-being, maintain meaningful occupations, favor social engagements in the community, and assure road safety.

Short term goals correspond to expected changes at the end of each stage (Endpoints). At the end of Stage1-"Consideration", clients are expected to be able to project themselves in the future and anticipate changes in their mobility, see changes as something necessary and positive for their own future, and recognise their capability to change. At the end of Stage2-"Acceptance", clients are expected to formulate in their own words the reasons for discontinuing driving, be emotionally and rationally convinced that such a change is necessary, and accept driving retirement and the necessity of transition as their own decision. At the end of Stage3-"Action", clients are expected to make voluntary, informed decision with/without caregiver/family on alternatives, develop a transportation plan and set goals. At the end of Stage4-"Integration", clients are expected to regain autonomy in the management of their mobility with the help of their caregiver/family/community support.

Continuous goals are priorities that need to be accounted for by the "facilitator" throughout the process. The facilitator is expected to acknowledge the client's feelings toward driving cessation, guide the client through their psychological adjustment in becoming a non-driver, help the client manage grief/depression, and ensure that maximum remediation and adaptation has been tried.

Figure 1: Therapeutic goals



2. How relevant do you find the defined therapeutic goals (Description & Figure 1) ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Irrelevant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completely relevant

3. Do you have any critics (positive or negative) or comments to add for the provided definition and representation of "treatment goals"?

Stages and endpoints

In the four following sections, you will be asked to evaluate the relevance of the definitions of stages and endpoints.

Stage 1 - "Consideration"

This stage sees clients being confronted by the reality of their health condition and the difficulties this might lead to. Clients are engaged to discuss about potential future scenario of failing health and impact on driving abilities. They can be confronted to the difficulties they experience whilst driving. They thereby become aware that driving will no longer be possible in a close future. With a better understanding of the problem, the decision to cease driving shifts from an imposed external constraint to self-responsibility. Clients are confronted to positive experiences. They are brought to understand and manage normal grieving process positively, consider the advantage of finding alternative mode of transport, and believe in their capabilities; thereby making the idea of change possible. This stage ends once clients are aware of their advantages of giving up driving and their personal resources (Endpoint 1).

4. How relevant do you find the definition of Stage 1 and its endpoint ?

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Irrelevant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completely relevant

5. Do you have any critics (positive or negative) or comments to add for the provided definition of "Stage1"?

Stage 2 - "Acceptance"

This phase has clients make the decision of transition their own. Clients are brought to accept their need for change. They can create their own narrative for their personal reasons for discontinuing driving and be emotionally and rationally convinced that such a change is necessary. This stage ends once clients own the decision of transition (Endpoint 2).

6. How relevant do you find the definition of Stage 2 and its endpoint ?

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Irrelevant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completely relevant

7. Do you have any critics (positive or negative) or comments to add for the provided definition of "Stage2"?

Stage 3 - "Action"

This phase has clients discover and explore possible alternatives to chose those that are most adapted in maintaining meaningful occupations. Clients develop planning skills and learn to set goals. They discuss transport options with family, caregivers or community support. They are provided with support in developing a feasible plan for how they will implement these changes, and in problem-solving unforeseen circumstances. This stage ends once clients are able to set a feasible plan for implementing adapted alternative solutions (Endpoint 3).

8. How relevant do you find the definition of Stage 3 and its endpoint ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Irrelevant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completely relevant

9. Do you have any critics (positive or negative) or comments to add for the provided definition of "Stage3"?

Stage 4 - "Integration"

This phase has patients integrate implemented changes in behaviour. This longer phase consists of a follow-up period (maximum 6 months) during which solutions are adjusted and patients integrate new habits through repetition. There is also a progressive decrease in assistance as patients recover their autonomy in choosing appropriate strategies to get to the places they want to. Self-monitoring is used to have clients implement their plan efficiently (e.i.maintain participation in valued community activities, as good as before occupational balance and well-being). This stage ends once clients are able to self-manage their mobility without further help from the facilitator (Endpoint 3).

10. How relevant do you find the definition of Stage 4 and its endpoint ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Irrelevant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completely relevant

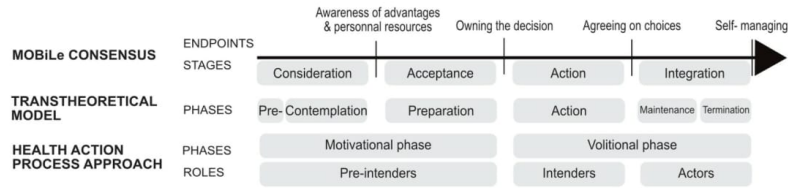
11. Do you have any critics (positive or negative) or comments to add for the provided definition of "Stage4"?

12. Changes

Validation of the construct

In this section, you are asked to consider the definitions provided for each stage (four previous sections) and the Figure 2 to validate the structure of the overall process.

Figure 2: Steps and Endpoints defined in MOBiLe consensus and equivalence in other models



13. How relevant do you find the construct of stages and endpoints (Figure 2) to define the process for transport transition?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Irrelevant Completely relevant

14. Do you have any critics (positive or negative) or comments to add concerning the construct of stages and endpoints for the procedure?

Theoretical models

Models have been identified to define the stages of the process, to structure expected domains of change, and to consider approaches to achieve endpoints. It has been noted that expecting important behavioural changes in older adults can be challenging given the Continuity Theory of Normal Ageing (Atchley 1989).

Stages of the process

To define the stages of the process, we opted for the Transtheoretical Model of Behaviour Change (Prochaska & DiClemente 1983), the Health Action Process Approach (Schwarzer 2008), closely related to the Self-efficacy Theory (Bandura 1977), and the Driving Cessation Process Model (Liddle & al. 2008).

Expected domains of change

To structure expected domains of change, we used the behaviour determinants defined within the Behavioural Change Technique taxonomy developed by Michie, Abraham, Cane and Wood (Michie et al. 2015).

Approaches to achieve endpoints (to be improved)

The problem of driving cessation and transport transition is approached using the Person Environment Occupation Model (Law et al. 1996). Behaviour change techniques that are to be used can rely on many different underlying theory including Theory of Reasoned Action, Social Learning Theory, Social Cognitive Theory, Cognitive Adaptation Theory, Goal Theory, Self-regulation Theory, Intrinsic Motivation Theories, and Self-determination Theory (Michie et al. 2010). Retained specific theoretical models are The Risk as Feeling Model (Lowenstein 2001) to be used during Stage1-"Consideration", and the model of Selection, Optimisation, and Compensation (Baltes 1997) for goal setting during Stage3-"Action".

15. How relevant and complete do you find the core theoretical models used to construct the procedure ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Irrelevant Completely relevant

16. Do you have any critics (positive or negative) or comments to add for the "underlying theoretical model"?

Expected domains of changes

Domains of changes

Domains of changes	Description	Examples
Relocation	Modifying destination for occupation or place of residency to improve accessibility	<ul style="list-style-type: none"> Move out (to avoid if possible) Change shopping center Move in with family caregiver
Transport	Using alternative means of transport	<ul style="list-style-type: none"> Adaptation to public transports Accept transportation assistance (family / carpooling) Individual mean : scooter (if suitable)
Occupation	Maintain and prioritize meaningful activities and abandon others that are less (patient's choice)	<ul style="list-style-type: none"> Change in a way to maintain satisfaction Shop online Relinquish driving holidays
Social interactions	Maintaining social engagement in community and modify accessibility to social interactions	<ul style="list-style-type: none"> Using phone, Skype or Facetime Moving interactions to more easily accessible locations Feeling free of being a burden to relatives
Emotional attachments	Addressing and recognizing the notion of loss and grief, and dependence	<ul style="list-style-type: none"> Changing perception of driving cessation (positive) Addressing change of identity (car owner → pedestrian) Including attachments to places and objects
Cognitive process	Improving memory, attention and decision processes	<ul style="list-style-type: none"> Improving awareness of capabilities Improving ability to plan strategies for mobility
Extrapersonal	Exploring effects of driving cessation on the family members and community support	<ul style="list-style-type: none"> Family members taking new roles Adult children providing transportation Redefining community service support

17. How relevant do you find the description of domains of changes ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Irrelevant Completely relevant

18. Do you have any critics (positive or negative) or comments to add for the provided framework for change domains?

Link domain of change to behavioural determinants

A behaviour determinant (BD) is a behavioural change we would expect to be able to measure following a

behavioural change technique using the BCT taxonomy (Michie 2015). Please indicate to which behaviour determinant (BD) you would link each domain of change we have described in the previous table (expected changes using an occupational approach).
(more than one behaviour determinant can apply)

Only provide an answer when you are certain. For those of you who are not familiar with this type of classification, you can skip to the next section (scroll down and click on "next").

19. Domains of change

Une seule réponse possible par ligne.

	Relocation - Change place of occupation	Relocation - Move out (exceptional)	Transport - Public Transports	Transport - Transportation Assistance	Transport - Suitability	Transport - Individualized mean of alter
1. Knowledge : An awareness of the existence of something.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Skills: An ability or proficiency acquired through practice.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Social/Professional Role and Identity : A coherent set of behaviour and displayed personal qualities of an individual in a social or work setting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Beliefs about Capabilities: Acceptance of the truth, reality, or validity about an ability, talent, or faculty that a person can put to constructive use.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Optimism: The confidence that things will happen for the best or that desired goals will be attained.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Beliefs about Consequences: Acceptance of the truth, reality, or validity about outcomes of a behaviour in a given situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Reinforcement: Increasing the probability of a response by arranging a dependent relationship, or contingency, between the response and a given stimulus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Intentions: A conscious decision to perform a behaviour or a resolve to act in a certain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Goals: Mental representations of outcomes or end states that an individual wants to achieve.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Relocation - Change place of occupation	Relocation - Move out (exceptional)	Transport - Public Transports	Transport - Transportation Assistance	Transport - Suitability	Transport - Individualized mean of alter
10. Memory, Attention and Decision Processes: The ability to retain information, focus selectively on aspects of the environment and choose between two or more alternatives.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Environmental Context and Resources: Any circumstance of a person's situation or environment that discourages or encourages the development of skills and abilities, independence, social competence, and adaptive behaviour.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Social influences: Those interpersonal processes that can cause individuals to change their thoughts, feelings, or behaviours.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Emotion: A complex reaction pattern, involving experiential, behavioural, and physiological elements, by which the individual attempts to deal with a personally significant matter or event.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Behavioral Regulation: Anything aimed at managing or changing objectively observed or measured actions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Domains of change

Une seule réponse possible par ligne.

	Occupation - Priorisation : keeping meaningful activities	Occupation - Priorisation : Give-up activities	Occupation - Consider new roles	Social interactions - Regain of sensation of freedom	Social interactions - Use of alternative means of interactions	Social interactions - Modify accessibility	Social interactions - Maintain social engagement
1. Knowledge : An awareness of the existence of something.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Skills: An ability or proficiency acquired through practice.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Social/Professional Role and Identity : A coherent set of behaviour and displayed personal qualities of an individual in a social or work setting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Beliefs about Capabilities: Acceptance of the truth, reality, or validity about an ability, talent, or facility that a person can put to constructive use.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Optimism: The confidence that things will happen for the best or that desired goals will be attained.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Beliefs about Consequences: Acceptance of the truth, reality, or validity about outcomes of a behaviour in a given situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Reinforcement: Increasing the probability of a response by arranging a dependent relationship, or contingency, between the response and a given stimulus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Intentions: A conscious decision to perform a behaviour or a resolve to act in a certain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Goals: Mental representations of outcomes or end states that an individual wants to achieve.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Occupation - Prioritisation : keeping meaningful activities	Occupation - Prioritisation : Give-up activities	Occupation - Consider new roles	Social interactions - Regain of sensation of freedom	Social interactions - Use of alternative means of interactions	Social interactions - Modify accessibility	Social interactions - Maintain social engagement
10. Memory, Attention and Decision Processes: The ability to retain information, focus selectively on aspects of the environment and choose between two or more alternatives.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Environmental Context and Resources: Any circumstance of a person's situation or environment that discourages or encourages the development of skills and abilities, independence, social competence, and adaptive behaviour.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Social influences: Those interpersonal processes that can cause individuals to change their thoughts, feelings, or behaviours.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Emotion: A complex reaction pattern, involving experiential, behavioural, and physiological elements, by which the individual attempts to deal with a personally significant matter or event.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Behavioral Regulation: Anything aimed at managing or changing objectively observed or measured actions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Domains of change

Une seule réponse possible par ligne.

	Emotional Attachments - Feeling of safety	Emotional Attachments - Changing relationships with others	Emotional Attachments - Loss and grief process	Emotional Attachments - Attachment to places	Cognitive process	Extrapersonal - Community support	Extrapersonal - Influence in family dynamics
1. Knowledge : An awareness of the existence of something.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Skills: An ability or proficiency acquired through practice.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Social/Professional Role and Identity : A coherent set of behaviour and displayed personal qualities of an individual in a social or work setting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Beliefs about Capabilities: Acceptance of the truth, reality, or validity about an ability, talent, or faculty that a person can put to constructive use.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Optimism: The confidence that things will happen for the best or that desired goals will be attained.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Beliefs about Consequences: Acceptance of the truth, reality, or validity about outcomes of a behaviour in a given situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Reinforcement: Increasing the probability of a response by arranging a dependent relationship, or contingency, between the response and a given stimulus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Intentions: A conscious decision to perform a behaviour or a resolve to act in a certain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Goals: Mental representations of outcomes or end states that an individual wants to achieve.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Emotional Attachments - Feeling of safety	Emotional Attachments - Changing relationships with others	Emotional Attachments - Loss and grief process	Emotional Attachments - Attachment to places	Cognitive process	Extrapersonal - Community support	Extrapersonal - Influence in family dynamics
10. Memory, Attention and Decision Processes: The ability to retain information, focus selectively on aspects of the environment and choose between two or more alternatives.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Environmental Context and Resources: Any circumstance of a person's situation or environment that discourages or encourages the development of skills and abilities, independence, social competence, and adaptive behaviour.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Social influences: Those interpersonal processes that can cause individuals to change their thoughts, feelings, or behaviours.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Emotion: A complex reaction pattern, involving experiential, behavioural, and physiological elements, by which the individual attempts to deal with a personally significant matter or event.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Behavioral Regulation: Anything aimed at managing or changing objectively observed or measured actions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Linking domain of changes to stages

For each domain of change, please indicate at which stage you would expect these changes to occur when necessary.
(can occur at more than one stage)

22. Une seule réponse possible par ligne.

	Stage 1 - "Consideration"	Stage 2 - "Acceptance"	Stage 3 - "Action"	Stage 4 - "Integration"
Relocation - Change place of occupation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relocation - Move out (exceptional)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transport - Public Transports	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transport - Transportation Assistance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transport - Suitability	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transport - Individualized mean of alter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Occupation - Priorisation : keeping meaningful activities	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Occupation - Priorisation : Give-up activities	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Occupation - Consider new roles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Social interactions - Loss of freedom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Social interactions - Use of alternative means of interactions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Social interactions - Modify accessibility	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Social interactions - Maintain social engagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emotional Attachments - Feeling of safety	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emotional Attachments - Positive perception of change	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emotional Attachments - Changing relationships with others	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emotional Attachments - Loss and grief process	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emotional Attachments - Attachment to places	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cognitive process	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extrapersonal - Community support	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extrapersonal - Influence in family dynamics	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

End of Round 2

You have answered the last question. You will be invited for the next round on February 4th. To validate your answers, press the submit button on this page.

Annexe 3 : Questionnaire tour 3

Delphi consensus study – Round 3

<https://docs.google.com/forms/d/14J5KhvM0p4MpqfrxzgdKaFB911...>

Delphi consensus study – Round 3

We are very grateful to the 19 experts who participated to the two first rounds and welcome you to this important third round. During this round, you are to validate the theoretical framework we have agreed on for mobility management during transport transition (Mobility Management Programs). We will also share some relevant conceptual contradictions you revealed during Round 2 and have you validate our suggested resolutions.

This round includes 10 questions. They are organized in 5 sections. Each section ends with the list of detailed responses we received during the second round. Completing the form requires approximately 15-20 minutes.

Comments:

Some participants had difficulties completing the questionnaire using Windows Explorer (e.i. not able to continue to next section). Their problem was solved by changing browser and using Chrome.

The term "client" can be interchanged with the term "patient". When caregivers are involved, the term "clients" refers to the person with health deficits and the caregiver.

*Obligatoire

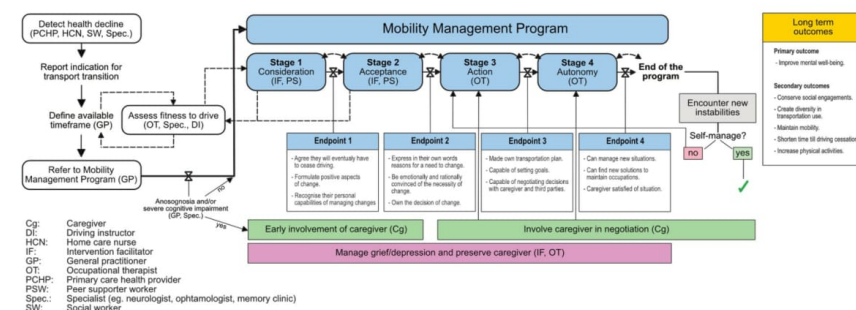
1. Please provide your StudyID : *

Treatment framework for mobility management during transport transition

Graphical representation

The full image can be accessed at the following link: <http://postimg.org/image/fo5lb5mux/> (click on "Full size" at the bottom of the page to have an optimal definition on your screen)

Figure 1: Treatment framework for Mobility Management Programs



Stages of progress defined for Mobility Management Programs

Stage 1 - "Consideration"

This stage sees clients being confronted by age related changes and the difficulties this might lead to. Depending on the severity of cognitive impairment, caregivers can be integrated at this stage of the procedure. Ideally, clients enter the program early enough to have a reassuring timeframe during which changes can be brought progressively before driving cessation occurs. During this stage, clients are brought to focus on their strengths instead of their difficulties. They are engaged to discuss about potential future scenario of failing health and impact on driving abilities. They can also be confronted to the difficulties they experience whilst driving. With a better understanding of the problem, the decision to cease driving shifts from an imposed external decision to a personal decision motivated by their sense of self-responsibility. Clients are confronted to positive experiences, such as the advantages in driving cessation and witnesses from peers. They are brought to understand and manage normal grieving process positively, and change their emotional attachment to driving from a right to a privilege. They are also brought to consider the advantage of being able to successfully use alternative mode of transport, to realize it will enable them to engage out-of-home activities and to believe in their capabilities. Thereby making the idea of change possible.

Stage 2 - "Acceptance"

This phase has clients make the decision of transition their own. Clients are brought to accept their need for change. They can create their own narrative for their personal reasons for discontinuing driving and be emotionally and rationally convinced that such a change is necessary. They can be brought to try out alternative means of transport to experience their advantages. This stage ends once clients own the decision of transition and can create their own narrative of change in cultural adaptation. Clients who suffers from anosognosia and are unable to accept the situation (i.e. not to confuse with the denial phase of grief), are to move on to the next stage and negotiate solutions with caregiver. In the absence of a caregiver, this role should be taken by a person of the client's choice.

Stage 3 - "Action"

This phase has clients explore possible alternatives to chose those that are most adapted in maintaining meaningful occupations. Clients develop planning skills and learn to set goals. They discuss transport options with family, caregivers or community support. Clients are brought to adjust performance patterns of valued occupations to meet the availability of alternative transportation. They are provided with support in developing a feasible plan for how they will implement these changes, and in problem-solving unforeseen circumstances. They are to improve their capacity for change and movement in transport. This involves trying out different ways and means of transport in a try and error approach. This stage ends once clients have negotiated a personal plan for alternative mobility options.

Stage 4 - "Autonomy"

This phase has clients take confidence in their ability to implement and adapt chosen changes in behaviour. This longer phase consists of a follow-up period (maximum 6 months) during which solutions are adjusted and clients learn to perceive instability as an ongoing challenge. There is therefore a progressive decrease in the support provided by the occupational therapist as clients recover their autonomy in choosing appropriate strategies. Self-monitoring is used to have clients implement their plan efficiently (i.e. maintain participation in valued community activities, as good as before occupational balance and well-being). This stage ends once clients are able to manage their mobility without overloading the caregiver. This endpoint might never be achieved and could require monitoring from the GP to provide further support when needed.

2. How relevant do you find the treatment framework for answering client's needs independently of available resources ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Irrelevant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completely relevant

3. How relevant do you find working with transtheoretical stages (Stages 1-4) when addressing transport transition ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Irrelevant Completely relevant

4. How relevant do you find to plan changes early in health decline so to anticipate difficulties ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Irrelevant Completely relevant

5. How relevant do you find the implication of caregivers for Mobility Management Programs ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Irrelevant Completely relevant

6. How relevant do you find the expected long-term outcomes (i.e. long term goals in previous version) ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Irrelevant Completely relevant

7. Do you have any further critics or comments on the proposed treatment framework for managing mobility during transport transition ?

Expected possible changes of behaviour targeted in Mobility Management Programs

Domains of changes	Description	Subdomains : patient centred approach	Examples
A) Occupation	Maintain and prioritize meaningful activities and abandon those that are least important to guarantee occupational balance and well-being (person's choice and negotiation).	<ul style="list-style-type: none"> Modify occupational priorities Modify occupational roles 	<ul style="list-style-type: none"> Relinquish voluntary work at library Take care of grandchildren at home Shop online
B) Social interactions	Restructure social engagement in community.	<ul style="list-style-type: none"> Accept help from others Use of technologies for communication Change context of interactions 	<ul style="list-style-type: none"> Accept been driven by partner Using social media to communicate with grandchildren Organise art workshops at home instead of attending classes in town
C) Emotional attachments	Overcome the notion of loss and grief and reluctance to change.	<ul style="list-style-type: none"> Recover feeling of safety Improve resilience Transfer emotional attachments Accept loss 	<ul style="list-style-type: none"> Having an available relative over the phone while waiting for the bus Discovering benefits of social interactions in public transport Read paper in car because likes the smell of the leather seats
D) Extrapersonal	Change the role of caregivers, relatives, friends and/or community support in supporting transport changes.	<ul style="list-style-type: none"> Caregivers Community support Infrastructure (physical environment) 	<ul style="list-style-type: none"> Providing support to caregiver to help manage mobility and prevent overload Coordinate community health services In case of snow, salt sidewalk to access to train station
E) Transport	Use alternative means of transport and include changes to occupational performance patterns.	<ul style="list-style-type: none"> Use public transports Use transportation assistance Use individualized mean of locomotion 	<ul style="list-style-type: none"> Take the bus and train to visit gynaecologist Learn to use a gopher
F) Relocation	Modify destination for occupation or place of residency.	<ul style="list-style-type: none"> Modify destination for occupation Relocate occupation at home Modify place of residency 	<ul style="list-style-type: none"> Change hairdresser Redesigning living room to welcome card players at home Move in secondary residency close to family
G) Cognitive process	Adjust memory, attention and decision processes. Learn how to manage within current capabilities		<ul style="list-style-type: none"> Teach how to focus attention on a single task Adjusting ability to plan strategies for alternative transport options in case of bad weather

8. To what extent do you find this classification of behaviour change as relevant for addressing transport transition?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Irrelevant Completely relevant

9. Do you have any further critics or comments on the above table ?

.....

.....

.....

.....

.....

Linking changes to stages

Figure 3

STAGES DOMAINS	Stage 1	Stage 2	Stage 3	Stage 4
	Consideration	Acceptation	Action	Autonomy
Occupation				
Social interactions				
Emotional attachments				
Extrapersonal				
Transport				
Relocation				
Cognitive process				

Stages during which behavioural changes are expected to occur (n=15). Black boxes correspond to 100% of experts expecting change, white boxes to 0%

Description Figure 3

During Round 2, you were asked to identify the stage of mobility management during which you were expecting behaviour changes to occur. The figure above summarizes your answers by showing how many of you agreed. The lowest level of agreement was 40% (transport and social interaction at stage 1).

Overall, "emotional attachment" and "cognitive processes" are expected to change sooner than other domains whereas "relocation" and changes in "social interactions" are expected to change at a later stage. However, changes seem to be expected throughout the procedure of mobility management. These changes are therefore believed to change progressively respecting the transtheoretical model.

Example: Changes in opinions on the use of public transport can be initiated at the "consideration" stage (stage 1). Having a client try the alternative can bring them to change their level of acceptance for such an alternative mean of transport (stage 2). During stage 3, the client could learn to set goals and plan and organize their mobility using public transport when possible. During the final stage, the client would become able to face changes in timetables and restructure their use of public transports accordingly.

10. Do you find relevant to consider changes as a continuous process taking place throughout the four stages of Mobility Management Programs ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Irrelevant Completely relevant

Underlying theoretical models

Focus on a limited number of theoretical models

The treatment framework for Mobility Management Programs mainly relies on four underlying models: the Transtheoretical Model of Behaviour Change (Prochaska & DiClemente 1983), the health Action Process Approach (Schwarzer 2008), the Transactional Model (Cotchin & Dickie 2013), and the Client-Centeredness Goal Setting Approach (Doig et al. 2015).

11. To what extent do you find the limited choice to these four models as relevant ?

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Irrelevant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completely relevant

Difficulties and suggested solutions

During the second round, experts came up with challenging paradoxes that made clinical sense. We therefore took them into consideration when revising this version. Please read the following four apparent contradictions we had to face and let us know if you agree with the solutions we suggest.

1. Experts found a certain incompatibility between the use of the Transtheoretical model and their need for flexibility in moving to next stages without having achieved the set goals (Endpoints). Two arguments supported this flexibility: 1) clients could conceive changes and accept them but then change their mind later on, and 2) it can help experiencing a change to accept it. We have therefore added small pathways over the Endpoints to show that it is possible to move from one stage to another without necessarily having achieved the previous ones.

2. Optimisation of mobility management requires flexibility and important changes in habits and behaviour. In our framework, this is believed to improve mental well-being. However, changes can be an important source of stress in aged community dwellers (continuity theory of normal ageing). This would affect mental well-being negatively. Therefore, we suggest using a patient-centered goal setting approach that should limit risks linked to the process of change (grief, stress, and depression).

3. We have received many comments on the importance of having the client make choices and decisions (patient-centred approach). In the same time, we have received many comments from clinicians who rely on caregivers to take decisions due to the severity of the clients cognitive decline. We therefore suggest including caregivers in the process to help client negotiate solutions. To prevent conflicts between clients and their caregiver, we however consider that decisions can be taken by caregivers only if a psychogeriatric evaluation has shown the client to be unable to do so. This implies that negotiations must preserve the caregiver and measures must be taken not to shift the problem of loss of social engagement to the caregiver.

4. The expected domains of change identified by experts do not correspond to the domains of change described in the behaviour change technique taxonomy (behavioral determinants). For the purpose of solving this issue, the four members of the research team analyzing your answers are considering following a BCT training (<http://www.bct-taxonomy.com/>). This would then make it possible for them to classify your suggested techniques and examples into a standardized appellation. In Round 4, this will have us ask you to provide examples of behaviour change techniques you might use to enhance changes within each stage.

12. **Do you agree with our suggestions and if you do not, could you develop why and make further suggestions ?**

End of Round 3

You have answered the last question. You will be invited for the next round on February 15th. To validate your answers, press the submit button on this page.

Fourni par



Framework for developing a mobility management program for ageing adults

Report Round 4 – The MOBiLe Consensus Study

PAUL VAUCHER^{a,b}, ANAELLE NIKLAUS^c, JULIANE NEUHAUS^c, OLIVIA RICHOSZ^c

^aUnit of Traffic Medicine and Psychology, Lausanne University Hospital (CHUV)

^bSchool of Health Sciences Fribourg, University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland (HES-SO)

^cDivision of Occupational Therapy, University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland (HES-SO)

CONTENTS

1 Context	2
2 Study objective	2
3 Discussed framework	3
3.1 Aims of the program	3
3.2 Conceptual framework	3
3.2.1 Underlying theoretical models	3
3.2.2 Settings	3
3.2.3 Target population	3
3.2.4 Implementation	4
3.3 Domains of change	4
3.4 Program construct and description designed from the emerging consensus	4
3.4.1 Stages of progression	4
3.4.2 Links to domains of change	6
4 Future development	6
5 References	6
6 Tables and Figures	8

1. CONTEXT

By 2030, Europe's proportion of population aged 80 years or more will have increased by 47.9% compared to 2010 moving from a total of 23.1 million to a total of 35.6 million [1]. These predicted demographic changes require solutions to help ageing population stay autonomous as long as possible. Combined cognitive and functional impairment are the leading reasons for permanent admission to nursing-homes [2]. A recent longitudinal study showed life-space mobility to be a predictor of admission to nursing-homes independent of initial level of activity of daily living, cognitive status, or presence of depression [3]. This suggests the issues are more than their health condition, it is the loss of accessibility to places of importance that contributes to loss of independence.

Mobility is usually defined by an individual's capacity to move around. Mobility also can be perceived as an emotional experience, means of participation in the natural environment, a social need [4], a source of stimulation, or an expression of personal autonomy [5].

The role of mobility in making occupations possible is therefore determinant in linking their actual mobility to their quality of life. The place mobility holds therefore highly depends of the importance people attribute to their out-of-home occupations [6]. Some of these occupations substantially contribute to the overall social capital; for example social care, childcare, and volunteering [7]. Loss of mobility can also cause social isolation [8]. The loss of physical activity contributes to loss of activity, this in turn reduces cognitive functions and physical condition [9]. Sedentary lifestyles increase the risk of developing slow gait and cognitive complaints by 1.76 times and usually precedes the appearance of mild cognitive impairment [10]. Maintaining an active lifestyle and getting to places of importance seems primordial seems fundamental in conserving quality of life [11].

The effects of forced driving cessation on mental health is an example of consequences of unwanted reduced mobility [12]. In our society, the car is indeed recognised as a major factor in the inequalities in travel that influence health [13]. Driving cessation without alternative means of mobility is known to lead to social isolation and depression [14, 15, 16]. People from rural areas been more vulnerable than those from urban areas. It is of a public health interest [17] to explore new means of assistance to make this transition acceptable [18]. Improving infrastructures is one way to tackle the problem; another is to address the problem of mobility in all its complexity by planning person-centred personalised interventions. This is because mobility is not only related to the environment but also to cognitive, psychosocial, physical, and financial aspects of each individual's life [19].

Lifestyle interventions seem to be best placed to find adapted personalised solutions [20]. In many countries, older patients are referred to occupational therapists to assess their fitness to drive and find adapted solutions to their mobility issues [21]. These programs are however focused on providing a clear assessment of fitness to drive or to help people cease driving. Little is done to help people find solutions during transport transition. There is a need for a mobility driving management program to help people find adapted mobility solutions responding to individual needs. However little is known about what is expected from such programs and how they need to be structured [22].

2. STUDY OBJECTIVE

The aim of this Delphi study is to find a consensus for defining program goals, conceptual framework, domains of change, program construct - including endpoints and therapeutic objectives - for the framework of a Mobility Management Program designed to help older drivers cease driving.

3. DISCUSSED FRAMEWORK

3.1. Aims of the program

The consensus group agreed the program should mainly seek to facilitate the transition to alternative transport and guide clients through their adjustments in becoming non-drivers. The main goal is to have people become autonomous in managing future changes in transport needs within their own network. The expected impact of a program is to ensure mental and physical well-being, maintain meaningful occupations, favour social engagements within the community, and assure road safety.

3.2. Conceptual framework

3.2.1 Underlying theoretical models

Consensus group members identified and validated underlying theoretical framework to define the stages of the process, to structure expected domains of change, and to consider approaches to achieve endpoints. The main difficulty the consensus group had to face was finding appropriate strategies to have clients own their decision for change when such changes are known to be challenging for older people (Continuity Theory of Normal Ageing) [23]. Whatever the underlying theory, it seems primordial they lead to adapted personal solutions that can maintain an occupational balance with minimal changes.

To define the stages of the process, we opted for the Transtheoretical Model of Behaviour Change [24] that was also used in the Driving Cessation Process Model [25]. To include broader aspects of interventional programs, we also relied on the Health Action Process Approach [26], closely related to the Self-efficacy Theory [27].

For structuring domains of change, when possible, we used the Behavioural Change Technique taxonomy developed by Michie, Abraham, Cane and Wood [28]. This approach cannot however be used for changes that concern infrastructures or supportive networks including caregivers.

For defining the approach, we relied on the Transactional Model [29] and the Client-Centeredness Goal Setting Approach [30]. Suggested components of the program relied on many underlying theories including Theory of Reasoned Action, Social Learning Theory, Social Cognitive Theory, Cognitive Adaptation Theory, Goal Theory, Self-regulation Theory, Intrinsic Motivation Theories, and Self-determination Theory.

3.2.2 Settings

Members of the consensus group had to accommodate important differences between countries and regions. The final framework was designed to fit all these settings. The provided framework therefore voluntarily does not provide indication on how clients are informed of the program and who delivers the program. This leaves freedom for adapting the framework to regional situations. The main factor all members of the consensus seem to agree on was that the program is designed for countries that have a health system that is more oriented towards person-centred care.

3.2.3 Target population

Given the importance accorded in anticipating future difficulties, the consensus group decided the program should be addressed to all people who have difficulties in considering alternatives ways of maintaining their occupations if they were to cease driving. Ideally, the program should therefore mainly concern people with emerging difficulties before driving cessation becomes urgent. However, the framework was designed to also suit those that are already deemed unfit to drive. It was decided that, when possible, the program should target the client's caregiver. Caregivers are therefore to be integrated in the process of change as soon as possible and the program also sets their occupational balance as a priority.

3.2.4 Implementation

To implement the program, close collaboration with local authorities, health care providers, driving centres, and a representative group for older people seems essential. Those commissioning the service have to make resources available to run the program at a reasonable cost for participants. The most important aspects of the program that needs to be defined for each setting are:

- ways to recruit and train those that will deliver the programs,
- means to inform target population of the existence of the program,
- means for clients to identify programs and to register on those they want to follow (i.e. diversity in location and schedules),
- means to identify patients' existing networks that could be involved in the program,
- ways to make the support material available for the components of the program.

3.3. Domains of change

Reported expected changes did not only concern behavioural changes for those entering the program but also important modifications in other domains such as supportive networks, infrastructures and behaviour for people that are not in the program (friends, relatives, volunteers, etc.)

The consensus group identified eight possible domains of changes that are described in the first column of **Table 1** and concern: transport, location, social interactions, activities, self-efficacy, support network, physical and cognitive functions, and infrastructures.

3.4. Program construct and description designed from the emerging consensus

The program framework was developed from two main constructs: the time-frame set by the transtheoretical model and the objectives set by the defined domains of change. The first made it possible to agree on stages clients go through and expectations for changes within each of them. The second had us integrate expected changes (i.e. domain of changes) within the set time-frame. This was done respecting a person-centred approach that also focused on managing caregivers. The consensus group therefore defined endpoints and therapeutic objectives that were set in different temporal stages.

3.4.1 Stages of progression

Figure 1 summarizes the group's consensus for defining the program's framework. This figure can be read from left to right. Human resources are described for each step using abbreviations put between brackets. The left part of the figure describes how clients and their caregiver enter the program, the central part describes stages of the program, the right part of the figure describes expected long term outcomes and impact of the program. For each step, assumptions are marked using a red triangle. Client, caregiver, relatives, friends, volunteers, supportive groups, social workers, and healthcare professionals will constitute a supportive network that will potentially be concerned by changes. Caregivers play a key-role within this network. The objective of the entire program is to help clients and caregivers become self-efficient in managing this network and find adapted solutions to maintain their mobility and manage emerging changes.

Within the framework, three distinctive phases can be described: the anticipating phase, the changing phase, and the functioning phase. These overlap the stages described within the transtheoretical model for which we will give a more detailed description.

Timing

The consensus group insisted the timing of the distinct steps within the program needed to be adaptable to individual differences in duration of transition. The entire program was initially planned to last six months. However, to adapt the program to individual situations, it should be possible to either shorten or lengthen each planned stage. The program should also make it possible to override expected endpoints of one stage and move on to the next. This is to account for clients who might have difficulties in being consistent with their decisions and often shift opinions. It is also for those who would clearly benefit from what lays ahead to experience the expected changes. Stages can therefore be seen as modules that are linked one after another but that can be run in parallel when useful.

Stage 1 - "Consideration"

In this stage, clients are confronted by age related changes and the difficulties this might lead to. It therefore also concerns clients who are not required to cease driving but would like to anticipate the problem. Caregivers are integrated at this stage of the program to form a duo client/caregiver. The caregiver's contribution in the decision process is largely dependent of the client's severity of cognitive impairment. Ideally, clients enter the program early enough to have a comfortable time-frame during which changes can be brought progressively before driving cessation occurs. During this stage, clients are led to focus on their strengths instead of their difficulties. They are engaged to discuss potential future scenarios of failing health and impact on driving abilities. They can also be challenged about the difficulties they experience in whilst driving. With a better understanding of the problem, the decision to cease driving shifts from an imposed external decision to a personal decision motivated by their sense of self-responsibility. Clients are asked to consider their positive experiences, such as the advantages in driving cessation and witnesses from peers. Clients are made aware of the importance of communication skills to manage mobility with caregivers and community and health support. The stage is considered complete (endpoint 1) when they understand and manage normal grieving process, and change their emotional attachment to driving from a right to a privilege. They are also led to consider the advantage of being able to successfully use alternative mode of transport, to realize it will enable them to engage out-of-home activities and to believe in their capabilities. Thereby making the idea of change possible.

Stage 2 - "Acceptance"

In this stage, clients make the decision of transition their own. Clients accept their need for change. They can create their own narrative for their personal reasons for discontinuing driving and be emotionally and rationally convinced that such a change is necessary. They can try out alternative means of transport to experience their advantages. This stage ends once clients own the decision of transition and can create their own narrative of change in cultural adaptation. Clients who suffer from anosognosia and are unable to accept the situation (i.e. not to confuse with the denial phase of grief), are to move on to the next stage and negotiate solutions with their caregiver. In the absence of a caregiver, this role should be taken by a person of the client's choice.

Stage 3 - "Action"

In this stage, clients explore possible alternatives to chose those that are most adapted in maintaining meaningful activities. Clients develop planning skills and learn to set goals. They discuss transport options with family, caregivers or community support. Clients adjust performance patterns of valued activities to meet the availability of alternative transportation. They are provided with support in developing a feasible plan for how they will implement these changes, and in problem-solving unforeseen circumstances. They improve their capacity for change and movement in transport. This involves trying out different ways and means of transport in a try and error approach. This stage ends once clients have negotiated a personal plan for alternative mobility options.

Stage 4 - "Autonomy"

In this phase, clients/caregivers and their support network take confidence in their ability to implement and adapt chosen changes in behaviour. This longer phase consists of a follow-up period during which solutions are adjusted and client/caregiver learn to perceive instability as an ongoing challenge. Indeed, perpetual rehabilitation is necessary depending on the changes (health decline of the client/caregiver, transport modification, house moving, etc.). There is a progressive decrease in the support provided by the program as clients/caregivers and their support network recover their autonomy by working together in choosing appropriate strategies. This stage ends once the client/caregiver and support network's autonomy is functional to manage emerging changes in mobility.

3.4.2 Links to domains of change

Changes are initiated by clients to achieve an occupational balance. These changes not only apply to self-behaviour, but also concern other individuals including those that constitute the functional network for mobility around the client. **Figure 2** illustrates these categories of domain of changes in blue. This figure shows how these link to specific stages of the program during which changes are expected to occur.

4. FUTURE DEVELOPMENT

The consensus group agreed that two important aspects of the program should be left to other methods to find optimal solutions for the program. First, the modality and components of the program itself need to be defined. This requires a systematic review to identify the optimal methods to enhance wanted changes. Second, the resources to implement the program could not be described. These are dependant of local situations (available infrastructures, legal requirements, health care professionals that could deliver the program, etc.) and ought to be defined in close collaboration with authorities in each country.

This study has provided a framework from which it is now possible to construct innovative programs that can fit regional constraints.

5. REFERENCES

- [1] Trippel M, Groth H. Demographic Shifts in EU 27, Norway and Switzerland: Population and Dependency Ratio Forecasts until 2030. Saint-Gall: The WDA-HSG Discussion Paper Series on Demographic Issues; 2011.
- [2] Coughlin TA, McBride TD, Liu K. Determinants of transitory and permanent nursing home admissions. *Med Care*. 1990 Jul;28(7):616–31.
- [3] Sheppard KD, Sawyer P, Ritchie CS, Allman RM, Brown CJ. Life-space mobility predicts nursing home admission over 6 years. *J Aging Health*. 2013 Sep;25(6):907–20.
- [4] Farrington J, Farrington C. Rural accessibility, social inclusion and social justice: towards conceptualisation. *Journal of Transport Geography*. 2005 3;13(1):1–12.
- [5] Mollenkopf H, Hieber A, Wahl HW. Continuity and change in older adults' perceptions of out-of-home mobility over ten years: a qualitative–quantitative approach. *Ageing & Society*. 2011 7;31:782–802.
- [6] Wettstein M, Wahl HW, Diehl M. A multidimensional view of out-of-home behaviors in cognitively unimpaired older adults: examining differential effects of socio-demographic, cognitive, and health-related predictors. *European Journal of Ageing*. 2014;11(2):141–153.
- [7] Mackett R. Improving accessibility for older people –Investing in a valuable asset. *Journal of Transport & Health*. 2015;(In Press):–.
- [8] Brandler TC, Wang C, Oh-Park M, Holtzer R, Verghese J. Depressive symptoms and gait dysfunction in the elderly. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012 May;20(5):425–32.
- [9] Franke T, Tong C, Ashe MC, McKay H, Sims-Gould J, Walk The Talk Team. The secrets of highly active older adults. *J Aging Stud*. 2013 Dec;27(4):398–409.
- [10] Verghese J, Ayers E, Barzilai N, Bennett DA, Buchman AS, Holtzer R, et al. Motoric cognitive risk syndrome: Multicenter incidence study. *Neurology*. 2014 Dec;83(24):2278–84.
- [11] La Grow S, Yeung P, Towers A, Alpass F, Stephens C. The impact of mobility on quality of life among older persons. *J Aging Health*. 2013 Aug;25(5):723–36.

- [12] Edwards JD, Lunsman M, Perkins M, Rebok GW, Roth DL. Driving cessation and health trajectories in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009 Dec;64(12):1290–5.
- [13] Mackett RL. The health implications of inequalities in travel. *Journal of Transport & Health*. 2014 9;1(3):202–209.
- [14] Redelmeier DA, Yarnell CJ, Thiruchelvam D, Tibshirani RJ. Physicians' warnings for unfit drivers and the risk of trauma from road crashes. *N Engl J Med*. 2012 Sep;367(13):1228–36.
- [15] Marottoli RA, de Leon CFM, Glass TA, Williams CS, Cooney LM Jr, Berkman LE. Consequences of driving cessation: decreased out-of-home activity levels. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000 Nov;55(6):S334–40.
- [16] Windsor TD, Anstey KJ, Butterworth P, Luszcz MA, Andrews GR. The role of perceived control in explaining depressive symptoms associated with driving cessation in a longitudinal study. *Gerontologist*. 2007 Apr;47(2):215–23.
- [17] Satariano WA, Guralnik JM, Jackson RJ, Marottoli RA, Phelan EA, Prohaska TR. Mobility and aging: new directions for public health action. *Am J Public Health*. 2012 Aug;102(8):1508–15.
- [18] Steg L, Gifford R. Sustainable transportation and quality of life. *Journal of Transport Geography*. 2005 3;13(1):59–69.
- [19] Webber SC, Porter MM, Menec VH. Mobility in older adults: a comprehensive framework. *Gerontologist*. 2010 Aug;50(4):443–50.
- [20] Clark F, Jackson J, Carlson M, Chou CP, Cherry BJ, Jordan-Marsh M, et al. Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *J Epidemiol Community Health*. 2012 Sep;66(9):782–90.
- [21] Stav WB. Occupational therapy and older drivers: research, education, and practice. *Gerontol Geriatr Educ*. 2008;29(4):336–50.
- [22] Hunt LA, Arbesman M. Evidence-based and occupational perspective of effective interventions for older clients that remediate or support improved driving performance. *Am J Occup Ther*. 2008;62(2):136–48.
- [23] Atchley RC. A continuity theory of normal aging. *Gerontologist*. 1989 Apr;29(2):183–90.
- [24] Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol*. 1994 Jan;13(1):39–46.
- [25] Liddle J, Turpin M, Carlson G, McKenna K. The Needs and Experiences Related to Driving Cessation for Older People. *The British Journal of Occupational Therapy*. 2008;71(9):379–388. Available from: <http://bjo.sagepub.com/content/71/9/379.abstract>.
- [26] Schwarzer R. Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology*. 2008;57(1):1–29. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x>.
- [27] Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*. 1977;84(2):191
- [28] Michie S, Wood CE, Johnston M, Abraham C, Francis JJ, Hardeman W. Behaviour change techniques: the development and evaluation of a taxonomic method for reporting and describing behaviour change interventions (a suite of five studies involving consensus methods, randomised controlled trials and analysis of qualitative data). *Health Technology Assessment*. 2015 12;19(99):1366–5278.
- [29] Dickie V, Cutchin MP, Humphry R. Occupation as Transactional Experience: A Critique of Individualism in Occupational Science. *Journal of Occupational Science*. 2006;13(1):83–93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2006.9686573>.
- [30] Doig E, Prescott S, Fleming J, Cornwell P, Kuipers P. Development and construct validation of the Client-Centredness of Goal Setting (C-COGS) scale. *Scand J Occup Ther*. 2015 Jul;22(4):302–10.

6. TABLES AND FIGURES

Domains	Subdomains	Examples
Transport	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Use public transports ▪ Use transportation assistance ▪ Use individualized mean of locomotion 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Help learn to read a bus timetable. ▪ Organise daughter to drive for visit to ophthalmologist. ▪ Learn to use a gopher (a four wheeled scooter).
Location	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modify destination for occupation ▪ Relocate occupation at home ▪ Modify place of residency 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Change hairdresser. ▪ Redesign living room to welcome card players at home. ▪ Move to secondary residency closer to relatives.
Social interaction	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accept help from others ▪ Use of technologies for communication ▪ Change context of interactions 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accept been driven by neighbour. ▪ Use social media to communicate with grandchildren. ▪ Organise art workshops at home instead of attending classes in town.
Activity	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modify occupational priorities ▪ Modify occupational roles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relinquish voluntary work at library. ▪ Have grandchildren sleep at home instead of babysitting at theirs. ▪ Have relative plan online shopping.
Self-efficacy	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Improve self-awareness ▪ Improve self-confidence ▪ Improve self-management 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Help endorse the feeling of need of change. ▪ Overcome feelings of unsafety by considering having a relative over the phone whilst waiting for the bus. ▪ Become able to reorganise activities during absence of caregiver for a week.
Support network	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintain caregiver's occupational balance ▪ Coordinate community services ▪ Facilitate medical / social services 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Providing support to caregiver to help manage mobility and prevent overload. ▪ Call the volunteers transport to get to the supermarket. ▪ Coordinate community health services
Physical / Cognitive functions		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Improve balance and confidence in walking. ▪ Use an auxiliary mean to facilitate walking. ▪ Improve cognitive processing speed through exercises.
Infrastructure		<ul style="list-style-type: none"> ▪ In case of snow, ask community worker to salt sidewalk to make access to train station easier and safer. ▪ Have a bench installed at the bus-stop.

Table 1: Structure of domains of change and examples of possible changes

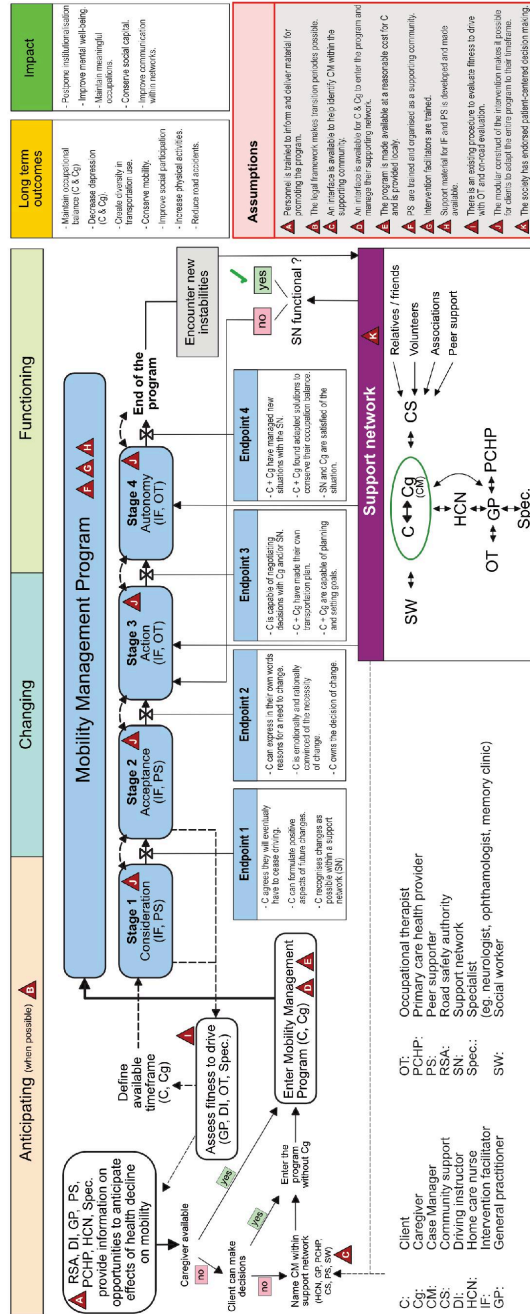


Figure 1: Framework for the development of Mobility Management Programs

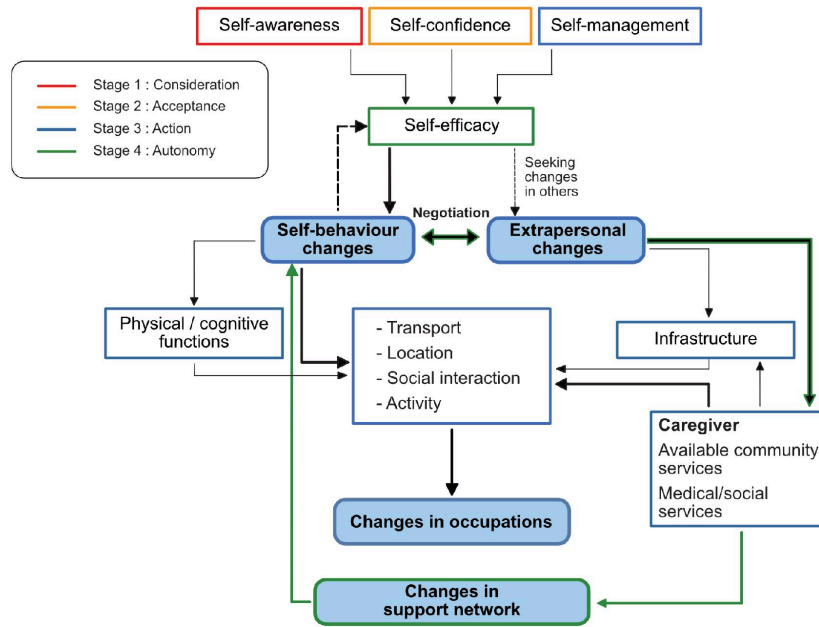


Figure 2: Domains of change that can be addressed in Mobility Management Programs

Annexe 5 : Questionnaire tour 4

Delphi consensus study – Round 4

https://docs.google.com/forms/d/1w7Er_ecjGc966P5JamxFCneRO...

Delphi consensus study – Round 4

We are very grateful to the 21 experts who participated to the three first rounds and welcome you to this important and final round. We think you have come to an agreement and that all your input has made it possible to come up with a sensible framework for a Mobility Management Program. During this round, you will therefore be asked to validate the overall framework. Unlike the other rounds, we have written a full report that summarizes all that has been discussed from the start. This report is the draft of the deliverable we will be able to use to communicate our results. We therefore need your feedback to improve it. We also need you to pronounce yourself about your satisfaction concerning the consensus that have been found.

This round includes 8 questions separated into 2 sections. We expect you will need 20-30 minutes to read the report. The entire round should therefore take you 30-45 minutes.

Comments:

Some participants had difficulties completing the questionnaire using Windows Explorer (e.i. not able to continue to next section). Their problem was solved by changing browser and using Chrome.

The term "client" can be interchanged with the term "patient". When caregivers are involved, the term "clients" refers to the person with health deficits and the caregiver.

1. Please provide your StudyID :

Validation of changes brought to the "Treatment framework for mobility management during transport transition"

In this section, you are to validate the changes that have been brought to the treatment framework since round 3 taking into consideration your last comments and critics.

Framework deliverable

Please read the report that was sent to you by E-mail before answering the following questions:

2. Do you think that the program also needs to focus on changes in support networks ?

Une seule réponse possible.

Yes

No

3. If not, please explain your arguments.

4. Do you agree that the final goal ought to be the autonomy of the entire network in managing future changes and not the autonomy of the client alone ?

Une seule réponse possible.

- Yes
- No

5. If not, please explain your arguments.

6. Do you agree that the identification of the resources to implement the framework requires the implication of local and national authorities, policy makers, healthcare services, community services and social partners and thus cannot be clearly identified within this international consensus group ?

Une seule réponse possible.

- Yes
- No

7. If not, please explain your arguments.

8. Do you agree that we should leave those commissioning the services to define further details on the modalities of their program ?

Une seule réponse possible.

- Yes
- No

9. If not, please explain your arguments.

10. Do you think that the current framework is complete enough to give a good basis to work on at a national level ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Not at all complete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	As complete as it can get with a consensus study

11. If not, please explain your arguments.

12. How likely do you think such a program could be implemented in your country ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Not likely at all	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Very likely

General appreciation of the consensus search process

13. To what extent are you satisfied about that consensus that was found through this study ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Very unsatisfied	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totally satisfied

14. Considering what we should achieve with this round, do you see the need for an extra round after this one ?

Une seule réponse possible.

Yes
 No

15. Do you have any further critics or comments ?

End of Round 4

You have answered the last question. You will be invited for the next round on February 15th.
To validate your answers, press the submit button on this page.

Fourni par



Annexe 6 : Lexique

ANGLAIS	FRANÇAIS
Alternative means of transport	Moyens de transports alternatifs
Assumptions	Présomptions / Hypothèses
Caregiver	Proche aidant
Case manager	Gestionnaire de cas
Client	Client / Patient
Community support	Soutien de la communauté
Continuous goals	Objectifs continus
Domains of change	Domaines de changement
Driving instructor	Moniteur de conduite
Endpoints	Objectifs-clés
Final goals	Objectifs finaux
Framework	Cadre de traitement
General practitioner	Médecin généraliste
Home care nurse	Infirmière à domicile
Impact	Impact
Intervention facilitator	Intervenant facilitateur
Long term outcomes	Finalités
Mobility Management Program	Programme de gestion de la mobilité
Occupational Therapist (OT)	Ergothérapeute
Peer supporter	Pair aidant
Performance patterns	Schémas de performance
Phases (Anticipating, Changing, Functioning)	Périodes-clés
Primary care health provider	Prestataire de soins médicaux
Road safety authority	Autorité de la sécurité routière
Short term goals	Objectifs à court terme
Social worker	Travailleur social
Stages (consideration, acceptance, action, integration)	Étapes
Support network	Réseau de soutien
Timing	Temporalité
Treatment goals / Therapeutic goals	Buts de traitement
Underlying theoretical / Theory models	Modèles théoriques sous-jacents (au « Programme de gestion de la mobilité »)