
Le programme DriveABLE : Vue d'ensemble

L'évaluation de l'aptitude des conducteurs âgés à conduire sans danger sur les routes est un défi croissant pour les professionnels de la santé. C'est l'objet du présent article qui propose au lecteur de faire le point sur un outil accessible, le test DriveABLE^{MC}, pour les aider à s'acquitter de cette tâche délicate.

par Peter N. McCracken, M.D., FRCPC

Même si désormais, la problématique des conducteurs âgés dont les facultés déclinent est mieux connue de nombreux professionnels de la santé, faire face à ce type de situation continue d'être une importante source de malaise pour bien des médecins. Le sujet a d'ailleurs fait l'objet d'un article de synthèse important dans un numéro antérieur de cette revue¹. Le présent article offre une vue d'ensemble sur l'outil le plus accessible pour évaluer les personnes âgées dont la conduite est devenue inquiétante : le test DriveABLE.

Pris individuellement, les conducteurs âgés ont relativement peu d'accidents². Par contre, lorsque l'on tient compte des distances parcourues, le risque d'accident impliquant des conducteurs de plus de 75 ans avoisine celui des conducteurs à haut risque, typiquement âgés de 16 à 24 ans^{2,3,4}. Les accidents dans lesquels les conducteurs âgés sont impliqués ne sont malheureusement pas toujours des cas de tôle froissée sans conséquences. En effet, les accidents de la route arrivent au deuxième rang parmi les causes de décès par suite de blessures⁵ et les séquelles des blessures subies par les gens âgés sont également préoccupantes car cette population récupère plus lentement et moins bien que les individus plus jeunes. De

plus, les accidents de la route causés par des conducteurs de plus de 65 ans ont tendance à impliquer plusieurs véhicules^{6,7}. Ainsi, les conducteurs âgés dont la conduite est risquée mettent en danger non seulement leur propre vie, mais également celle d'autrui. Une bonne part de la détresse personnelle et des dépenses publiques attribuables à ces accidents pourrait être évitée si des protocoles étaient mis au point afin de déterminer quels conducteurs âgés sont à risque avant qu'ils ne causent d'accidents⁸.

Tout d'abord, il convient de passer brièvement en revue les enjeux cliniques cruciaux associés aux compétences nécessaires aux personnes âgées pour réaliser cette activité complexe. De nombreux changements liés à l'âge ont été bien décrits et sont reconnus pour leur incidence sur les capacités physiques et mentales essentielles à la conduite d'un véhicule. Par contre, la plupart des experts s'entendent sur le fait qu'il est peu probable que les changements associés au vieillissement normal soient responsables des accidents impliquant des conducteurs âgés. Il est en effet beaucoup plus logique de penser que ce sont plutôt les problèmes de santé liés à l'âge et les médicaments utilisés pour les traiter qui affectent l'aptitude à conduire. En 1996, le ministère des Transports de l'Ontario a indiqué que l'un des plus solides prédicteurs des accidents de la route chez

les conducteurs âgés au cours des cinq années précédentes était la présence d'au moins un problème de santé. Par contre, les problèmes de santé en question n'empêchent habituellement pas les personnes âgées d'obtenir leur permis de conduire. Tel que présentés antérieurement, ces problèmes de santé sont énumérés au Tableau 1.

La plupart des médecins comprennent la nécessité d'intervenir, mais seulement après que l'incapacité à conduire ait été reconnue chez un patient. Or, dans un même temps, nous sommes tous conscients qu'un diagnostic de démence ne justifie pas la révocation immédiate du permis de conduire. Ce paradoxe impose une pression considérable aux médecins de famille qui doivent surveiller et évaluer l'aptitude à conduire tout en disposant de peu de règles établies en la matière. Jusqu'à récemment, il n'existait pas de consensus ni de normes standardisées pour évaluer l'aptitude à conduire dans les cas de démence ou autres causes d'atteinte cognitive. L'outil utilisé couramment est le test de Folstein (ou MMSE pour *Mini Mental State Examination*), ce qui est déconcertant, puisque selon les études rétrospectives, il serait très peu utile pour l'atteinte de cet objectif⁹.

Comme dans de nombreuses autres situations où règne un certain flou, en médecine, la responsabilité de la prise de décisions relatives à des conducteurs âgés aux compétences douteuses

Peter N. McCracken, M.D., FRCPC
Division de gériatrie
University of Alberta

incombe aux médecins de famille¹⁰. Ils ont de quoi s'interroger puisqu'ils doivent d'une part promouvoir leur autonomie et leur indépendance et de l'autre, veiller à leur sécurité et à celle du public¹¹. Bon nombre de ces médecins n'ont jamais eu réellement l'occasion d'analyser ce sujet pendant leur résidence. Le manque d'homogénéité des lois provinciales en vertu desquelles certains conducteurs sont déclarés inaptes rend la situation plus trouble, sans oublier le spectre des litiges possibles.

L'évaluation DriveABLE

Le test DriveABLE est un examen en deux parties, l'une étant administrée au cabinet médical, l'autre étant à proprement parler un examen de conduite. Le test a été mis au point pour déterminer de façon objective l'habileté à conduire des personnes atteintes de troubles cognitifs. Les erreurs de conduite qui sont notées sont associées aux habiletés. Fait à noter, les erreurs qui ne sont pas associées aux habiletés ne sont pas notées, de manière à protéger les droits des conducteurs compétents en bonne santé. Cette nuance, ajoutée aux « habiletés hors normes », fait du test DriveABLE la seule épreuve qui concorde avec le jugement de la Cour suprême relatif au principe de non-discrimination appliqué à l'évaluation des conducteurs frappés d'incapacité en raison de problèmes de santé.

L'un des aspects particuliers de la mise au point du test DriveABLE a été l'effort considérable consacré à la reconnaissance des divers types d'erreurs de conduite commises par les jeunes conducteurs, les conducteurs âgés et les conducteurs présentant une atteinte cognitive (Tableau 2).

Une fois relevées, ces erreurs ont ensuite été catégorisées selon des principes de non-discrimination, de discrimination et d'appréciation (ces dernières étant particulièrement graves, c.-à-d., brûler un feu rouge ou omettre de

Tableau 1

Maladies et médicaments nuisant à la conduite sécuritaire d'un véhicule

- Maladies cardiovasculaires (p. ex., arythmie cardiaque, insuffisance cardiaque congestive, maladie cardiaque valvulaire)
- Maladies vasculaires cérébrales (p. ex., accident vasculaire cérébral)
- Neurologiques (p. ex., blessure à la tête, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, tumeurs, narcolepsie, apnée du sommeil)
- Maladies respiratoires (p. ex., maladie pulmonaire obstructive chronique, insuffisance respiratoire)
- Maladies métaboliques (p. ex., hypothyroïdie, diabète)
- Insuffisance rénale (p. ex., insuffisance rénale chronique)
- Démence vasculaire (p. ex., maladie d'Alzheimer (MA), démence multi-infarctus, démence à corps de Lewy, atteinte fronto-temporale, maladie de Pick, maladie de Huntington, alcoolisme, empoisonnement)
- Maladies psychiatriques (p. ex., schizophrénie)
- Médicaments (p. ex., particulièrement ceux qui agissent sur le système nerveux central)

s'arrêter à un arrêt ou s'arrêter à un feu vert). Cela a permis au test DriveABLE de classer la compétence d'un conducteur en fonction de l'erreur (ou des erreurs) commise(s) lors de l'examen de conduite. Le test administré au cabinet médical permet de distinguer les conducteurs les plus compétents des plus inaptes, sans recours à l'examen de conduite sur la route. Les conducteurs qui se retrouvent dans la catégorie « indéterminée », passent à l'étape de l'examen de conduite qui vise à confirmer leur aptitude. L'examen de conduite vient confirmer avec une

conduite. Cela réduit le nombre de sujets qui ont effectivement besoin de se soumettre à l'examen de conduite. Le test DriveABLE est accepté par les autorités qui émettent les permis de conduire dans toutes les provinces qui s'en sont dotées.

Améliorations

À l'origine, la recherche sur le protocole DriveABLE et sa validation concernaient les conducteurs présentant des atteintes cognitives généralisées de diverses étiologies, mais ne tenaient pas compte de l'environnement typique où

La plupart des médecins comprennent la nécessité d'intervenir, mais seulement après que l'inaptitude avérée à conduire ait été reconnue chez un patient. Or, dans un même temps, nous sommes tous conscients qu'un diagnostic de démence ne justifie pas la révocation immédiate du permis de conduire.

grande précision les conclusions de la partie du test qui a été administrée au cabinet médical chez à peine plus de la moitié des clients seulement, c'est-à-dire ceux qui obtiennent des résultats intermédiaires et doivent subir l'examen de

conduisaient les patients. Lorsqu'on s'est inquiété d'une possible discrimination à l'endroit des conducteurs en milieu rural, un projet de recherche a été amorcé et a comporté des échantillons soigneusement assortis (selon l'âge, le

Tableau 2

Catégories et exemples d'erreurs de conduite relevées par l'évaluation DriveABLE

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Erreur dangereuse : l'évaluateur a dû maîtriser le véhicule ou les autres conducteurs ont dû modifier leur trajectoire • Erreur de position majeure : conduire sur l'accotement • Erreur de position mineure : conduire trop près des bandes qui délimitent la chaussée | <ul style="list-style-type: none"> • Erreur de position au virage : prendre des virages trop larges ou trop serrés • Erreur de position à l'arrêt : s'arrêter trop près ou trop loin • Erreur de vérification : omettre de vérifier l'angle mort • Prudence excessive : conduite trop lente |
|---|---|

sexe, le diagnostic et le statut cognitif) de conducteurs de milieux urbains et ruraux, soumis au test DriveABLE¹². Or cette recherche n'a révélé aucune différence quant aux taux de réussite ou d'échec des conducteurs selon qu'ils circulaient en milieu urbain ou rural, confirmant la validité du test DriveABLE.

L'attention se portant désormais sur les professionnels de la santé chargés d'administrer le test et de le superviser, le processus a été scindé en deux, de manière à permettre l'administration de sa portion informatisée par le cabinet médical ou l'établissement de soins de santé, et l'administration de son volet

desservant souvent plusieurs centres. Même si la structure de prestation des services a changé, le fondement scientifique global, la notation et l'assurance de la qualité appliqués à l'évaluation restent inchangés.

Décision

Les besoins en formation sur l'évaluation du conducteur frappé d'une incapacité attribuée à un problème de santé sont cruciaux pour les professionnels de la santé. Pour combler cette lacune, les chercheurs de l'*University of Alberta*, subventionnés par le projet Pallium (*Primary Health Care Transition Fund*)

Le test DriveABLE est un examen en deux parties, l'une étant administrée au cabinet médical, l'autre étant à proprement parler un examen de conduite. Le test a été mis au point pour déterminer sur des bases objectives l'habileté à conduire des personnes atteintes de troubles cognitifs.

pratique par un évaluateur routier certifié et formé spécifiquement par le programme DriveABLE. Ce partage des responsabilités lors de l'administration de chaque portion du test, est particulièrement apprécié des hôpitaux qui voient ainsi la gestion des risques grandement facilitée lors de l'application du programme. L'évaluation est donc à présent réalisable, tant sur le plan économique qu'administratif, aussi bien dans les grands hôpitaux que dans les petites cliniques, un seul évaluateur

ont préparé du matériel didactique de FMC (Main Pro-C) sur les questions de santé publique, le protocole d'évaluation de l'aptitude à conduire, les questions juridiques (gestion du risque) et les conséquences de la révocation du permis de conduire. Un module de communication (avec portion vidéo) fait partie intégrante de la formation, tout comme une vidéo d'entrevues avec des familles qui ont participé à ce projet.

De nombreux mythes persistent toujours au sujet de l'aptitude à con-

duire des personnes âgées. Ces idées fausses ont une à une été relevées puis ciblées aux fins de la formation¹³. Un manuel pratique a été conçu à l'intention des médecins pour clarifier et déboulonner certains de ces mythes; ils sont résumés au Tableau 3.

Une nouvelle approche émane de l'*University of Alberta* pour aider les conducteurs qui ont perdu leur permis de conduire en raison d'une maladie, telle la démence. Si l'on extrapole à partir des données existantes, cette perte du privilège de conduire consécutive à un diagnostic de démence affecterait présentement plus de 132 800 Canadiens de plus de 65 ans, dont plus de 89 000 souffrent de la MA^{14,15}. Ce nombre est appelé à augmenter considérablement au cours des cinq prochaines décennies en raison du changement démographique de la société et de la proportion croissante de conductrices appartenant à la cohorte des baby-boomers. Jusqu'à présent, les programmes conçus spécifiquement pour aider les personnes et leurs aidants à faire face à cette perte étaient fort peu nombreux, voire inexistantes. Les médecins traitants, quant à eux, connaissent bien la colère et l'isolement que ressentent les patients car pour bon nombre d'entre eux, la perte du permis de conduire est parfois plus difficile à accepter que le diagnostic de démence. Cette nouvelle approche s'appuie sur l'emploi de la psycho-éducation en groupe à l'intention des personnes atteintes de démence et de leurs aidants.

Les résultats d'une étude canadienne de deux ans, évaluant des groupes de psycho-éducation¹⁶ ont fait état d'améliorations au chapitre de la dépression mesurées à l'échelle GDS (pour *Geriatric Depression Scale and Modified*), de baisse des troubles du comportement, d'augmentation de l'appréciation des événements agréables, et d'amélioration de la qualité de vie perçue. En outre, les résultats obtenus

chez des aidants, comparés à ceux des sujets témoins, ont montré une baisse de la dépression, des augmentations de l'autonomie et de la capacité de composer et des augmentations des scores lors de la formation aux habiletés d'adaptation. Les résultats favorables de cette intervention rappellent la nécessité d'appliquer les fruits de la recherche à la pratique. Le fonctionnement de ces groupes d'entraide dans la communauté fait actuellement l'objet d'une évaluation.

Hogan¹⁷ a formulé un commentaire très intéressant sur la compétence des conducteurs âgés. Selon lui, la sécurité au volant repose sur une hiérarchisation des habiletés¹⁸. Ces habiletés sont de nature opérationnelle (habiletés de base, motrices, sensorielles ou perceptuelles et cognitives pour conduire un véhicule), tactique (choix de la vitesse et de la distance à maintenir par rapport à la voiture qui précède) et stratégique (planification ou préparation des déplacements). Selon lui, les preuves sur lesquelles reposent les évaluations effectuées au cabinet médical sont faibles (niveau 3) et il recommande qu'une telle approche soit validée. Il a aussi noté que les signaux d'alarme concernant les conducteurs inaptes en raison de problèmes de santé sont trop inclusives. De plus, toujours selon cet auteur, le guide de l'AMC est trop général pour être appliqué d'emblée.

La contribution du département de gériatrie de l'Université d'Ottawa est importante sur le front canadien. Visant la formation des médecins de famille, ce groupe a mis au point sa Trousse d'information sur la conduite automobile et la démence. Or cette trousse a déjà donné de bons résultats en contribuant à améliorer significativement le savoir-faire, les connaissances et l'assurance dont ont besoin les médecins de famille pour prendre en charge les patients affectés qui continuent de conduire¹⁹. Cependant, comme le mentionnent Molnar et coll., cette trousse n'a jamais été validée²⁰. En outre, en mars 2002, l'Institut du vieillissement des IRSC a

Tableau 3

Mythes courants au sujet de la conduite chez les personnes âgées

- La sécurité de la conduite des personnes âgées ne pose aucun problème.
- Chez les conducteurs âgés, la conduite en région rurale est plus sécuritaire qu'en zone urbaine.
- L'augmentation des taux d'accidents par kilomètre parcouru résulte de changements attribués au vieillissement.
- Les problèmes de conduite ne relèvent pas des médecins.
- Les personnes âgées savent à quel moment cesser de conduire; c'est à elles de décider du moment.
- L'autorestriction des conducteurs âgés (p. ex., ne pas conduire la nuit ou à l'heure de pointe) suffit à garantir leur sécurité.
- Mon patient ne représente pas un danger car il fait toujours le même trajet.
- Un cours de recyclage ou un examen de conduite permet au patient de surmonter le déclin de son aptitude à conduire.
- Le fait d'avoir un copilote est une mesure acceptable pour maintenir la capacité de conduire d'un patient âgé présentant une atteinte cognitive.
- L'examen de conduite standard suffit pour évaluer l'aptitude d'une personne âgée à conduire.
- Un permis de conduire restreint, c'est assez pour améliorer la sécurité.
- Un diagnostic de MA signifie toujours que le patient est incapable de conduire de manière sécuritaire.
- Son conjoint ou ses proches sont de bons juges de la capacité de conduire d'un patient.
- Si je mentionne la conduite automobile, je perds mon patient.
- L'examen médical standard et/ou le test de Folstein sont des outils efficaces pour évaluer l'aptitude d'un patient à conduire.
- Les médecins qui ne déclarent pas les conducteurs frappés d'incapacité en raison d'un problème de santé ne peuvent pas être tenus responsables.

accordé une subvention d'Équipe émergente d'une valeur de 1,25 million de dollars à son groupe de recherche CanDRIVE, un groupe de collaboration de chercheurs canadiens dont le but commun est d'améliorer la sécurité des conducteurs âgés.

Discussion

Étant donné que le programme DriveABLE fonctionne maintenant depuis huit ans, il est possible d'en dresser le bilan à partir de l'opinion des médecins qui le recommandent à leurs patients.

La force du programme DriveABLE réside dans son fonctionnement algorithmique fondé sur des preuves. Même si les diverses étapes ont nécessité des années de recherche en collaboration

(*Alberta Heritage Foundation for Medical Research Fund*) avec d'autres professionnels de la santé, il aurait été souhaitable que les données fondamentales antérieures soient présentées dans des revues révisées par des pairs, comme les versions ultérieures, qui ont effectivement trouvé leur place dans des journaux scientifiques^{21,22}, documents détaillés à l'appui¹². Par le passé, les professionnels de la santé utilisaient des tests d'habiletés visuo-spatiales (trajets A et B, intersections de pentagones, dessin de l'horloge et dessin du cube) comme outils pour évaluer la conduite. Ces tests peuvent faciliter la prise de décision, mais on ne dispose pas de preuves suffisantes pour établir correctement leur corrélation avec l'aptitude à conduire sur la route

et les données existantes indiquent une corrélation très faible. Il n'y a pas eu de comparaisons directes avec l'aptitude à conduire. Dans le cas d'une évaluation DriveABLE, étant donné que l'examen de conduite est exigé chez tous les patients dont les scores à la portion du test effectuée au cabinet médical ne permettent pas de trancher, cette lacune est comblée. Le programme DriveABLE enlève une épine du pied aux médecins de famille et aux spécialistes qui doivent prendre la décision seuls. Ainsi, le test sert d'arbitre pour aider le processus décisionnel. Néanmoins, la décision sur la façon de procéder revient aux médecins, et la décision finale est prise par l'organisme provincial qui attribue le permis.

La principale faiblesse du programme DriveABLE est son coût pour le patient. Ainsi, un patient qui a été désigné comme ayant besoin d'une évaluation, doit en défrayer les coûts, sous peine de perdre son permis de conduire.

Certains gériatres ont constaté que leurs patients préfèrent arrêter de conduire de leur propre chef plutôt que de payer autant. Les responsables de DriveABLE sont bien conscients de cette réalité et ont souvent fait appel aux gouvernements provinciaux afin qu'ils défrayent le test, mais sans succès. L'autre inconvénient est de voir une personne âgée et fragile obligée contre son gré de subir la première partie du test à l'ordinateur, même si cette partie du test NE demande PAS de compétences en informatique. La colère et l'hostilité manifestées par les patients et leurs aidants (voir plus haut) constituent un autre aspect négatif. Par contre, il est difficile d'imaginer comment ce type d'évaluation pourrait susciter la joie chez les personnes qui échouent. Par définition, l'évaluation doit porter sur les compétences requises en raison de ce qui est en jeu.

Finalement, on devrait souligner le fait qu'au printemps 2004, l'Institut du vieillissement des IRSC a financé une

réunion consensuelle canadienne sur l'évaluation des conducteurs âgés. Somme toute, le groupe a formulé une série de recommandations sur la composante « pré-conduite », notamment en ce qui a trait aux aptitudes à évaluer. En raison de bon nombre de facteurs, le groupe n'est pas parvenu à formuler de recommandation sur l'évaluation des compétences DriveAble. Parmi ces facteurs défavorables, on comptait le peu de connaissances des participants sur l'évaluation et la manière de l'administrer. Le consensus à ce sujet n'était d'ailleurs que modéré. D'autre part, l'examen de conduite sur la route demandé par ce consensus semblait compatible avec ce qu'offraient les évaluations DriveABLE²³.

Les professionnels de la santé s'entendent généralement sur le fait que leur tâche est en effet simplifiée par le programme d'évaluation DriveABLE. De plus, nous devons nous attendre à ce que de nouveaux progrès sur ce front problématique soient réalisés dans un

Références

1. McCracken PN, Triscott JAC, Dobbs AR. La démence et la conduite automobile. *La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer* 2001; 14:20.
2. Williams AF, Carsten O. Driver Age and Crash Involvement. *Amer J Public Health* 1989; 79, 326-8.
3. O'Neil D. The Doctor's Dilemma: The Aging Driver and Dementia. *Int J Geriatr Psych* 1992; 7, 297-301.
4. Friedland RP, Kass E, et coll. Motor Vehicle Crashes in Dementia of the Alzheimer Type. *Ann Neurology* 1988; 782-786.
5. Reuben DB, Silliman RA, Traines M. The aging driver. Medicine, policy, and ethics. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36(12):1135-42.
6. Waller PF. Preventing injury to the elderly, in Phillips HT, Gaylord SA (éditeurs): *Aging and public health*. New York, Springer Publishing Company. p. 103- 146, 1985.
7. Cambell MK, Bush TL, Hale WE. Medical conditions associated with driving cessation in community dwelling, ambulatory elders. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1993; 48:S230-4
8. Dobbs AR. Evaluating the Driving Competence of Dementia Patients. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 1997; vol. ii, suppl. 1, 8-12.
9. Fitten LJ et coll. Alzheimer and vascular dementias and driving. A prospective road and laboratory study. *JAMA* 1995;273,17;1360-5.
10. Association médicale canadienne. Évaluation médicale de l'aptitude à conduire. Guide du médecin. 7^e éd. révisée. Ottawa (ON). Affiché sur : http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/18223/la_id/2.htm.
11. Persson D. the Elderly Driver: Deciding When to Stop. *The Gerontologist* 1993; 33:88-91.
12. Schopflocher D, Dobbs AR. DriveABLE Technical Manual Version 3a, 2007. The Development and Validation of the DriveABLE testing procedures.
13. Dobbs BM, Dobbs AR, Triscott JAC. The Senior Driver: Myths and Facts. Information for Physicians on Assessment and Referral Issues. 2^e édition, Nisku, imprimeurs.
14. Graham JE, et coll. Prevalence and Severity of Cognitive Impairment with and without Dementia in an Elderly Population. *The Lancet* 1997; 349, 1793-1796.
15. Statistique Canada (1999). Rapports sur la santé Catalogue No 82-CO 3-X1E.
16. Dobbs BM. The Role of Support Groups in Helping People Adjust to Driving Cessation. Communication :
- Conférence internationale sur le vieillissement, l'invalidité, et l'indépendance. Arlington VA, Décembre 2003.
17. Hogan DB. Which Older Patients are Competent to Drive? *Canadian Family Physician* 2005; 51,362-8.
18. Michon JA. A Critical View of Driver Behaviour Models: What Do We Know, What Should We Do? In: Evan El, Schwing R, editors. *Human Behavior and Traffic Safety*. New York: Plenum; 1985.
19. Byszewski AM, Graham ID et coll. A Continuing Medical Education Initiative for Primary Care Physicians: The Driving and Dementia Tool Kit: A Pre-and Post Evaluation of Knowledge, Confidence Gained Satisfaction. *JAGS* 2003; 51, 1484-1489.
20. Molnar RJ, Marshall SC, Byszewski AM, Man-Son-U ng M. In-Office Evaluation of Medical Fitness to Drive. *Canadian Family Physician* 2005; vol. 5, 372-379.
21. Dobbs AR. Evaluating the Driving Competence of Dementia Patients. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 1997; 11(suppl.1);8-12
22. Dobbs AR. A Comparative Approach to Identify Unsafe Older Drivers. *Accid Anal and Prev* 1998; vol. 30, 363-370.
23. Korner-Bitinsky N, et coll. Recommendations of the Canadian Consensus Conference on Driving Evaluation in Older Drivers. *Phys & Occupation in Geriatrics* 2005; 123-44.