



Informations utiles

- Ce ne sont pas toutes les écoles de conduite qui possèdent les adaptations de véhicule dont le jeune pourrait avoir besoin. Si les adaptations du véhicule sont complexes, il pourrait devoir suivre les cours théoriques dans une école de conduite et les cours pratiques dans un centre de réadaptation.
- Pour l'examen pratique du permis de conduire, l'école de conduite ou le centre de réadaptation où le jeune a suivi ses cours peuvent offrir la location d'un véhicule.
- Il existe une subvention pour l'adaptation du véhicule par le Programme d'adaptation de véhicule pour les personnes handicapées. Les démarches seront expliquées et réalisées par l'ergothérapeute qui aura statué du besoin d'adaptation. Aucune adaptation ne pourra être remboursée si elle a été achetée avant l'autorisation d'une subvention par le programme.

Société de l'assurance automobile

Québec 

Pour plus d'informations téléphoner au département médical de la SAAQ au **1 800 561-2858** ou saaq.gouv.qc.ca

Dépliant réalisé par :

Annie-Claude Ranger, ergothérapeute
Claire Lastère, ergothérapeute.

En collaboration avec :

Catherine Boucher, coordonnatrice clinique
Geneviève Daoust, ergothérapeute.

Ce dépliant contient les principales informations à connaître avant d'entreprendre les démarches pour obtenir un premier permis de conduire (automobile, motocyclette ou cyclomoteur). Il est recommandé de s'y prendre à l'avance afin de ne pas retarder le début des cours de conduite.



Déclaration du handicap à la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ)

- **Quand** : avant l'inscription à des cours de conduite.
- **Comment** : remplir le formulaire de la SAAQ : « Questionnaire à remplir avant de commencer un cours de conduite automobile ». Indiquer la limitation, et ce, peu importe la gravité de l'atteinte.
- **Par qui** : le jeune accompagné par sa famille
- **Où** : point de service de la SAAQ de votre région ou disponible en ligne.



Ensemble avec le jeune et sa famille

Société de l'assurance automobile Québec **Feuilleton médical**
Déclaration de maladie ou de déficit fonctionnel

Veillez lire attentivement ce qui suit AVANT de vous inscrire à un cours de conduite.

Si vous cochez « oui » à l'un des points suivants, nous vous conseillons de communiquer avec la Société de l'assurance automobile du Québec avant de vous inscrire à votre cours de conduite, car vous pourriez devoir vous soumettre à un examen médical ou visuel avant d'être admissible à l'obtention d'un permis de conduire.

Vous pouvez nous joindre du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h :

- Région de Québec : 418 643-5506
- Ailleurs : 1 800 561-2858 (Québec, Canada, États-Unis)

J'ai une maladie des yeux (cataracte, glaucome, rétinopathie, dégénérescence maculaire, vision double, perte ou vision nulle d'un œil, etc.).

Oui Non

Pour obtenir votre permis d'apprenti conducteur, vous aurez à réussir un test visuel en centre de services.

Je souffre de surdité partielle ou complète avec ou sans appareil auditif.

Oui Non

Je souffre de vertiges importants.

Oui Non

J'ai une condition cardiaque qui limite mes activités comme la marche (infarctus, angine, palpitations, défibrillateur, transplantation, etc.).

Oui Non

J'ai une somnolence importante associée à un trouble du sommeil (apnée du sommeil, narcolepsie, etc.).

Oui Non

Mes mouvements sont limit es de façon importante depuis plusieurs mois au niveau du cou, des mains ou des pieds (amputation, immobilisation permanente, polyarthrite, etc.).

Oui Non

J'ai un problème psychiatrique ou de comportement important (schizophrénie, maladie bipolaire, dépression majeure récurrente, etc.).

Oui Non

J'ai dû consulter un médecin pour un trouble li e à la consommation d'alcool, de drogues ou d'autres substances.

Oui Non

J'ai des troubles cognitifs (autisme, déficience intellectuelle, maladie d'Alzheimer, ralentissement psychomoteur, etc.).

Oui Non

J'ai déjà fait des crises d'épilepsie.

Oui Non

J'ai une condition neurologique (accident vasculaire c erebral, traumatisme cranien, paralysie, Parkinson, sclérose en plaques, etc.).

Oui Non

J'ai subi des pertes de conscience, des syncopes ou des convulsions non épileptiques dans les 12 derniers mois.

Oui Non

Je fais du diabète.

Oui Non

Je prends un médicament qui m'endort le jour (pilules pour dormir, pour l'angoisse, pour la douleur, etc.).

Oui Non

Soci ete de l'assurance automobile du Québec

Soci ete de l'assurance automobile Québec **28** Rapport d'examen médical – Permis de conduire

Tous les frais pouvant être demand es pour remplir ce formulaire doivent être pay es par la personne visée par l'examen et ne sont pas remboursables par la Soci ete.

Retournez l'original du formulaire à :
Service de l'évaluation médicale et du suivi du comportement
Soci ete de l'assurance automobile du Québec
Case postale 19506, succursale Terminus
Québec (Québec) G 1K 8J5

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse (Numéro, rue, appartement) : _____ Ville, village ou municipalité : _____ Code postal : _____
Date de naissance : _____ Numéro de permis de conduire : _____ Téléphone (résidence) : _____ Téléphone (travail) : _____ Poste : _____

  LA PERSONNE VISÉE PAR L'EXAMEN
Lisez et signez le texte d'autorisation ci-dessous et prenez connaissance du texte sur la communication de renseignements personnels au bas de la page 4.
J'autorise par la présente la Soci ete de l'assurance automobile du Québec à échanger au besoin des renseignements médicaux me concernant avec le médecin qui a sign e ce formulaire. Je comprends qu'un r esum e de toute communication sera vers e à mon dossier.
Signature de la personne visée par l'examen : _____ Téléphone : _____
Date : _____ Toute reproduction informatique de cette autorisation à la même valeur que l'original, en vertu des articles 2840 et 2841 du Code civil du Québec.

  Au médecin
L'examen doit porter sur les maladies antérieures et actuelles susceptibles d'influer sur la capacité à conduire. Une liste de troubles pertinents est présentée au début de plusieurs sections. Il s'agit d'un aide-mémoire et tout trouble qui n'y est pas  num er e doit quand même être signal e à la section 10.

 valuation médicale (formulaire M28)

Suite à la déclaration d'handicap, un examen médical pourrait être demand e par la SAAQ avant de poursuivre les démarches de l'obtention du permis de conduire. Dans ce cas, un formulaire M28 sera envoy e par la SAAQ au jeune. Il s'agit d'un bilan global de santé qui permet à la SAAQ de décider de la suite des démarches à faire.

C'est un médecin omnipraticien qui remplit ce formulaire.

 valuation de la conduite automobile par un ergothérapeute (formulaire M57)

C'est une évaluation en deux étapes (en salle et sur la route) qui peut être demand e par la SAAQ et qui consiste en un bilan global des capacités du jeune.

Cette évaluation aura lieu au centre de réadaptation en déficience physique de votre région ou dans une clinique privée. Consulter le site de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) pour trouver un ergothérapeute qualifi e.

Soci ete de l'assurance automobile Québec **57** Rapport d'évaluation fonctionnelle sur l'aptitude physique et mentale à conduire un véhicule routier

Tous les frais pouvant être demand es pour remplir ce formulaire doivent être pay es par la personne visée par l'examen et ne sont pas remboursables par la Soci ete.   être rempli par un membre de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec.

Retournez l'original du formulaire à :
Service de l'évaluation médicale et du suivi du comportement
Soci ete de l'assurance automobile du Québec
Case postale 19506, succursale Terminus
Québec (Québec) G 1K 8J5

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse (Numéro, rue, appartement) : _____ Ville, village ou municipalité : _____ Code postal : _____
Date de naissance : _____ Numéro de permis de conduire : _____ Téléphone (résidence) : _____ Téléphone (travail) : _____ Poste : _____

Veillez porter une attention particulière au message ci-dessous.

  LA PERSONNE VISÉE PAR CETTE ÉVALUATION
Lisez et signez le texte d'autorisation ci-dessous et prenez connaissance du texte sur la communication de renseignements personnels au bas de la page 6.
J'autorise par la présente la Soci ete de l'assurance automobile du Québec à échanger au besoin des renseignements médicaux me concernant avec le professionnel de la santé qui a sign e ce formulaire. Je comprends qu'un r esum e de toute communication sera vers e à mon dossier.
Signature de la personne visée par l'examen : _____ Téléphone : _____
Date : _____ Toute reproduction informatique de cette autorisation à la même valeur que l'original, en vertu des articles 2840 et 2841 du Code civil du Québec.

  Historique médical