|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Outils** | **Clientèles** | **‘’Cut-Off’’ ou résultats de l’étude** | | **Population** | **Références** |
|  | | | | | |
| **Conscience de soi** | | | | | |
| **Awareness Questionnaire**  Questionnaire comportant 12 items concernant la conscience de soi en général.  Complété par :   1. Le patient 2. Un proche 3. L’intervenant   Awareness Questionnaire | Développé pour TCC, mais approprié pour: AVC, tumeurs cérébrales, anoxie, sclérose en plaques, etc. (Dx avec atteintes au niveau cognitif) | | Les résultats démontrent que les patients qui sont conscient s de leurs déficits réussissent mieux au test sur route que les autres et s’auto-évaluent mieux. Cette conscientisation modère les conséquences des problèmes identifiés aux tests neuropsy. Le niveau de conscience des déficits est fortement associé aux performances sur route. Les personnes hypervigilantes de leurs incapacités (les surestimant) avaient moins de succès que les N ou ceux conscients. La vitesse de processing psychomoteur et visuomoteur est corrélée à une meilleure performance sur route même chez les sujets sains. Les fonctions exécutives sont peu corrélées chez les sains, les conscients et hypervigilants.  Parmi les adultes avec une conscience de soi atteinte, le fonctionnement neuropsychologique était substantiellement relié au résultat de conduite (driving outcomes); en contraste le résultat de conduite a démontré une faible relation avec le fonctionnement neuropsychologique parmi ceux ayant une conscience de soi intacte ou ceux étant hypervigilants par rapport à leurs déficits | Échantillon :  -62 adultes ayant un ‘’acquired brain injury’’(AVC, TCC) et leur proche significatif.  -40 sujets sains adultes (contrôles)  Ont complété évaluations neuropsychologiques et une évaluation sur route. | Griffen, J. A., Rapport, L. J., Bryer, R. C., Bieliauskas, L. A., & Burt, C. (2011). Awareness of deficits and on-road driving performance. *Clinical Neuropsychologist, 25*(7), 1158-1178. |
| **DriveAware/DriveSafe**  **pas pertinent pour l'IRGLM car relié à l'expérience de la conduite**  **de l’Australie, il y aurait une question sur une loi à changer pour le Québec**  DriveAware  8 questions reliées à la conduite :  1-why have you been referred to driving assessment?  2-Are you having trouble remembering or organizing things?  3-Do you have any concerns about your driving?  4-How would you rate your driving performance now compared to 10 years ago?  5-How do you think you performed on the Visual recognition slide test today (Drivesafe)?  6- Are you anxious about the driving assessment process? 7-Do you have difficulty planning who has right of way at intersections?  8-How often do you get surprised by vehicle or pedestrian appearing out of nowhere? Do you have difficulty remembering things?  DriveSafe  De l’Australie mais pourrait être utilise au Québec.  the Visual recognition slide test  Évalue la conscience de l’environnement seulement  -12 images de « traffic sign » ou des « scènes de route » observées 3 secondes. Les patients doivent rapporter toute l'info observée, décrire la scène, expliquer ce qu’ils feraient, expliquer les panneaux routiers….  DriveAware/DriveSafe  pas pertinent pour l'IRGLM car relié à l'expérience de la conduite  de l’Australie, il y aurait une question sur une loi à changer pour le Québec | Diagnostics variés (incluant AVC, TCC, SEP, Parkinson) | | *\*\*\*Étude faite avec la version ayant seulement 5 questions (1ère). Suite à cette étude 3 questions (items) ont été ajoutées pour augmenter la précision de la mesure)\*\*\**  Analyse de Rasch effectuée pour le DriveAware (seulement).  -Bonne évidence pour validité de construit et fidelité inter-juge.  -Quelques évidences pour la fidelité interne.  -La hiérarchie des items est logique.  - La «goodness-of-fit statistics» pour 4 items sur 5 était dans un intervalle acceptable.  - Index de fidelité modéré (0,73%)  DriveAware (sans DriveSafe) :  Haute sensibilité (84%)  Haute spécificité (94%) | Échantillon :  91 participants provenant de 2 centres de réadaptation (conduite automobile) à Sydney, Australie.  Dont : 7 TCC, 29 déficits cognitifs (démence, TCL), 33 conditions neurologiques (AVC, SEP, paralysie cérébrale, Parkinson)  -67 hommes, 24 femmes)  Âge moyen : 58 ans  (16 à 86 ans)  Ont fait le DriveAware et évaluation sur route. La conscience de soi p/r à conduite auto a été comparée. | Kay, L. G., Bundy, A., & Clemson, L. (2009). Validity, reliability and predictive accuracy of the Driving Awareness Questionnaire. [Validation Studies]. *Disabil Rehabil, 31*(13), 1074-1082. |
| AVC, TCC et autres neuro | | Une analyse de Rasch a fourni des évidences pour la validité de construit et fidélité interne pour les 2 tests (DriveAware/DriveSafe).  Les tests ‘’trichotomisent’’ les conducteurs avec des troubles cognitifs référés en catégories ''non-sécuritaires'', ''sécuritaires'' et ''évaluation supplémentaire''avec seulement 50% nécessitant une évaluation sur route.  -Le cutoff optimal le plus bas (DriveSafe=76 ou moins sur 128, DriveAware= plus que 17) identifie les conducteurs non-sécuritaires avec une spécificité de 97% (95% intervalle de confiance (CI), 83–100) dans l'échantillon du test et 96% (95% CI, 80–100) dans l'échantillon de validation.  -Le cutoff optimal le plus élevé (DriveSafe= plus de 95 sur 128, DiveAware= moins de 15) identiﬁe les conducteurs sécuritaires avec une sensibilité de 93% (95% CI, 77–99) et 95% (95% CI, 76-100), respectivement.  Utiliser DriveSafe et DriveAware ensemble permet de prédire la performance de conduite en mesurant la conscience du conducteur de son environnement et de ses propres habiletés/capacité. | Échantillon:  -Conditions neurologiques (incluant AVC, Sclérose en plaques, Parkinson),  -Troubles cognitifs (incluant Alzheimer, démences vasculaires et troubles cognitifs légers)  - Blessures orthopédiques/ médullaires,  - Conditions variées (cancer, polio, déﬁcits visuels et désordres psychiatriques).  - TCC.  Âge: 16 à 95 ans (moyenne: 62.2, Écart-type: 17.8).  Évaluation en salle (comprenant DriveAware et DriveSafe) et évaluation sur route. | Kay, L. G., Bundy, A. C., & Clemson, L. M. (2009). Predicting fitness to drive in people with cognitive impairments by using DriveSafe and DriveAware. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 90*(9), 1514-1522. |
| AVC, troubles cognitifs légers, démences, Parkinson, autres conditions neurologiques | | Ils ont fait passer le DriveAware aux participants avant le test sur route, puis ont évalué la conscience de soi après le test sur route. Les résultats indiquent que la conscience de soi en lien avec la capacité à conduire peut être mesurée avec une précision substantielle en utilisant le DriveAware chez les conducteurs âgés présentant des troubles neurologiques. L'utilisation du DriveAware en conjonction avec d'autres tests dans l'évaluation en salle peut augmenter la (predictive accuracy) prédictive de l'évaluation en salle. | Échantillon: troubles cognitifs légers, démences, AVC, Parkinson, autres conditions neurologiques.  Âge: 61 à 86 ans (Moyenne: 76.6 ans, écart-type : 6.3). | Kay, L. G., Bundy, A. C., & Clemson, L. (2009). Awareness of driving ability in senior drivers with neurological conditions. [Validation Studies]. *Am J Occup Ther, 63*(2), 146-150. |
| **Adelaide driving self-efficacy scale (ADSES)**  *\*\*Pas directement conscience de soi, mais plus ‘’efficacy’’\*\*\**  Pas pertinent pour l’IRGLM car les patients n’ont pas re-conduit.  12 questions sur les comportements de conduite cotées par le patient à l’aide d’une échelle de Likert de 0 (pas confiant) à 10 (complètement confiant)  How confident do you feel doing the following activities?  1) Driving in your local area  2) Driving in heavy traffic  3) Driving in unfamiliar areas  4) Driving at night  5) Driving with people in the car  6) Responding to road signs/traffic signals  7) Driving around a roundabout  8) Attempting to merge with traffic  9) Turning right across oncoming traffic  10) Planning travel to a new destination  11) Driving in high speed areas  12) Parallel parking | AVC | | Le ADSES a démontré une consistance interne et une validité de construit avec une population ayant eu un AVC et celle sans AVC.  Alpha Cronbach’s : 0.98  Elle semble être une mesure fiable et valide de la ‘’driving self-efficacy’’ | Échantillon pour validité. De construit et consistance interne:   * 81 patients ayant eu AVC * 79 sans AVC (sujets ‘’sains’’   Échantillon pour validité de critère (criterion validity) :   * 45 sujets ayant été référés pour une évaluation sur route dont 34 post-AVC | George, S., Clark, M., & Crotty, M. (2007). Development of the Adelaide driving self-efficacy scale. [Controlled Clinical Trial  Validation Studies]. *Clin Rehabil, 21*(1), 56-61. |
| AVC | | Très bonne corrélation entre les réponses des patients et des proches ainsi qu’avec l’évaluation sur route.  Effet plafond noté.  Les scores sur l’ADSES différencient les patients nécessitant des recommandations de restriction et ceux sans restriction. | Échantillon :  35 (hommes) patients post-AVC et un proche.  Âge moyen : 63,5 ans  -Patients ont fait l’ADSES et un test sur route  -Proche : ADSES pour patient | Stapleton, T., Connolly, D., & O'Neill, D. (2012). Exploring the relationship between self-awareness of driving efficacy and that of a proxy when determining fitness to drive after stroke. [Research Support, Non-U S Gov't]. *Aust Occup Ther J, 59*(1), 63-70. |
| **SADI - Self-Awareness of Deficits Interview**  *\*Pas spécifiquement en lien avec la conduite auto.*  Entrevue structurée (cotée par le professionnel) qui évalue la conscience du client dans 3 sphères :  (1) self-awareness of deficits;  (2) self-awareness of functional implications of deficits  (3) ability to set realistic goals.  Conscience intellectuelle principalement | TCC | | Haute fidélité test-retest pour l’ensemble (ICC = 0,94) et les sous-sections and  sub-section scores (ICC = 0,85; 0,86; 0,86)  Les résultats, combinés avec les recherches antérieures indique une haute fidélité inter-juge. | Échantillon: 20 clients (en réadaptation) ayant eu un TCC  1-Entrevue avec le SADI  2-Cotation (de nouveau = re-test) de l’entrevue initiale (préalablement enregistrée) faite 2-4 semaines plus tard par le même évaluateur. | Simmond, M., & Fleming, J. (2003). Reliability of the self-awareness of deficits interview for adults with traumatic brain injury. *Brain Inj, 17*(4), 325-337. |
| **DriveABLE Screen**  Consiste en une série de tests hors route présentés à  l’ordinateur comprenant six sous-tests: vitesse et maîtrise motrices, changement d’attention, fonctions exécutives, jugement complexe, champ d’attention et éléments d’aptitude à conduire. |  | |  |  |  |
| **Driving Survey**  is a modified version of a questionnaire created by Marcotte et al. (2000) that assesses perceptions of participants’ current levels of safety and skill as a driver. |  | | The total score is the average item endorsement across the 12-item scale, ranging from 1.0 to 5.0. The items pertaining to self-reported driving limitations served as the measure of compensatory strategies for the present study. Reliability (coefficient alpha) for the 12-item Limitations scale in the present study was .91. |  |  |
| **Drivers' Hazard Perception Test**  examine the effect of traumatic brain injury (TBI) on drivers' ability to anticipate traffic hazards.  Use videos of genuine traffic scenes filmed from the driver's perspective, and participants had to respond as soon as they anticipated a traffic hazard in a scene. | TCC | | Participants with TBI were significantly slower to anticipate traffic hazards than controls (p<0.001). Within the TBI group, while hazard perception response times were significantly related to duration of post-traumatic amnesia (Spearman rho=0.63; p<0.001), they were not significantly related to Glasgow Coma Scale scores (r=-0.19; p=0.33). Also, participants with a complicated mild TBI were significantly faster in anticipating traffic conflicts than participants with moderate to severe TBI (p=0.04). CONCLUSIONS: Individuals with TBI were slower to anticipate traffic hazards than age-matched uninjured controls. This finding signifies the need for hazard perception testing and training as part of driving rehabilitation after TBI. | 31 drivers with TBI and 24 age-matched uninjured controls was assessed with a validated drivers' Hazard Perception Test. | Preece, J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2011 Apr;82(4):447-51 |
| **Impairment questionnaire** provide an estimate of whole-person impairment in patients who have suffered major trauma.  a self-administered questionnaire based on the American Medical Association's Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, Fourth Edition. |  | | a multicenter prospective  Clinician assessments of whole-person impairment showed adequate interrater (r > or = 0.55, P < or = 0.03) and intrarater (r > or = 0.62, P < or = 0.055) reliabilities across dimensions. The impairment questionnaire correlated significantly with clinician assessments at the initial visit (r > or = 0.57, P < 0.001) and at follow-up (r > 0.60, P < 0.001). Comparison of the physical and emotional subcategories of the impairment questionnaire, whole-person impairment ratings by physicians, and the Short Form 36 demonstrated good convergent and divergent validity of the impairment questionnaire. CONCLUSIONS: The impairment questionnaire is a reliable and valid self-administered tool that can be used to evaluate physical impairment after major trauma. | 43 volunteer participants who had sustained major trauma within 1 yr of study commencement. Patients were recruited from two trauma centers in Ontario, Canada. | MarshallAm J Phys Med Rehabil. 2007 Feb;86(2):114-24. |