|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Outils** | **Clientèles** | **‘’Cut-Off’’ ou résultats de l’étude** | **Population** | **Références** |
| **Fonctions cognitives/exécutives** |
| **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)****Montreal Cognitive Assessment (MoCA)** | Conducteurs avec une condition neurologique (et conducteurs âgés avec déclin cognitif suspecté) | MoCA : spécificité de 50% et sensibilité de 84.5% avec un **« cut-off » <25** (par rapport à son habileté à prédire la performance au test sur route des conducteurs ayant une condition neurologique et des conducteurs âgés avec déclin cognitif suspecté).Il est significativement et inversement corrélé avec la catégorie de risque de l’UFOV. L’Âge, le résultat au MoCA, tous les sous-tests (items) du MoCA et la catégorie de risque de l’UFOV ont été identifié comme des prédicteurs significatifs de la performance sur route.Le meilleur modèle prédictif de l’échec au test sur route comprend: l’âge et le sous-test « dessin de l’horloge » du MoCA.  | Échantillon:154 clients ayant complété le MoCA et une évaluation sur route (entre novembre 2006 et mai 2009).Étude rétrospective | Kwok, C. W. J., Gélinas, I., Benoit, D., & Chilingaryan, G. (2012). *The predictive validity of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) as a screening tool for on-road driving performance*. *\*\* En attente de publication, seulement résumé de disponible.* |
|  | Plus sensible pour détecter troubles cognitifs légers que MMSE. |  |  |
|  | MOCA: no evidence that linked its utility with predicting on road performance (Mais avant article de Jade Kwok) | Revue de la littérature | Vrkljan, B. H., McGrath, C. E., & Letts, L. J. (2011). Assessment tools for evaluating fitness to drive: a critical appraisal of evidence. [Research Support, Non-U S Gov't]. *Can J Occup Ther, 78*(2), 80-96. |
| **MMSE** *\*Devrait avoir délai de 3 mois entre la passation de 2 MMSE.***Michon : tactique, opérationnel**Comprend 11 questions évaluant : * Orientation
* Mémoire
* Attention
* Habileté à nommer
* Habileté à suivre commandes verbales et écrites.
* Copie de polygones

**MMSE** **MMSE**  |  | Évidences limitées pour prédire la performance sur route Validité adequate, faible fidelité Pas de ‘’cut-off’’ mais score plus faible (<24), limite (23–25) et quelques tâches (pentagones, orientation temporelle, épellation de MONDE) = prédictifs du risque de collision.Les conducteurs ayant subit un AVC qui font >4 erreurs sont plus susceptible d’échouer le test sur route.  | Revue de la littérature | Vrkljan, B. H., McGrath, C. E., & Letts, L. J. (2011). Assessment tools for evaluating fitness to drive: a critical appraisal of evidence. [Research Support, Non-U S Gov't]. *Can J Occup Ther, 78*(2), 80-96. |
|  | Un score de 23 ou moins indique la présence de déficits cognitifs (Tombaugh & McIntyre, 1992)Documentation extensive sur la bonne fidélité et validité du test (Folstein *et al*., 1975; Irwin, 1988;Tombaugh & McIntyre, 1992)Petit effet d’apprentissage (Folstein *et al*., 1975). Bonne corrélation avec accidents routiers (Korner-Bitensky 2005). Une forte corrélation entre le MMSE et la performance au test sur route a été trouvé dans :-Une étude de 30 personnes de plus de 60 ans avec une variété de déficits cognitifs (Odenheimer *et al*.,1994)-Une étude de 19 clients avec Alzheimer (Fox *et al*., 1997).Faiblesses:Haut taux de faux négatifs (ne détecte pas clients avec problèmes) dans les études en lien avec la conduite automobile (Mate-Kole *et al*., 1994). Manque de sensibilité pour les troubles cognitifs légers (Tombaugh & McIntyre,1992). La spécificité et la sensibilité du MMSE insuffisante pour une prédiction efficace de la performance au test sur route. (Odenheimer *et al*., 1994; Fox *et al*., 1997).Faible validité apparente en lien avec la conduite, même si le test évalue l’habileté à suivre et se souvenir et souvenir d’indications verbales.  | Revue de littérature | Unsworth, C. A., Lovell, R. K., Terrington, N. S., & Thomas, S. A. (2005). Review of tests contributing to the occupational therapy off-road driver assessment. *Australian Occupational Therapy Journal, 52*(1), 57-74. |
|  | Fidelité : dans l’ensemble = ExcellentFidelité inter-juge = ExcellentFidelité test-retest = ExcellentConsistence interne = ExcellentValidité : dans l’ensemble = adéquatValidité de contenu  =adéquatValidité de construit = adéquatValidité de critère = ExcellentAdéquat | Revue de la littérature | Vrkljan, B. H., McGrath, C. E., & Letts, L. J. (2011). Assessment tools for evaluating fitness to drive: a critical appraisal of evidence. [Research Support, Non-U S Gov't]. *Can J Occup Ther, 78*(2), 80-96.  |
| **Figure de Rey** (Copie et Rappel)Michon : opérationnelDurée : 10 minutesÉvalue : * Perception
* Organisation
* Inattention visuelle
* Habiletés spatiales

Chez les clients avec atteintes cérébrales.Le client doit copier la figure complexe.Version standardisée= cotée sur 36.**Figure de Rey** | 1-Alzheimer2-AVC | 1-Fort prédicteur d’accident sur simulateur de conduite (P < 0.001) (Rizzo et al.,1997)(Étude sur simulateur de conduite)2-Bon prédicteur: r2 = 0.24(P = 0.0002) (Akinwuntan et al.,2002)(Avec test sur route) | Revue de la littérature | Asimakopulos, J., Boychuck, Z., Sondergaard, D., Poulin, V., Ménard, I., & Korner-Bitensky, N. (2011). Assessing executive function in relation to fitness to drive: A review of tools and their ability to predict safe driving. *Australian Occupational Therapy Journal*, no-no. doi: 10.1111/j.1440-1630.2011.00963.x., |
| AVCTCC | Ressort comme un prédicteur indépendant de la performance sur route dans les analyses de régression multiples, la variance expliquer par ce test seulement était basse.  | Échantillon :104 sujets dont :- 58,7% AVC - 13,5% TCC  | Bliokas, V. V., J. E. Taylor, et al. (2011). "Neuropsychological assessment of fitness to drive following acquired cognitive impairment." Brain Inj 25(5): 471-487. |
| Atteintes cérébrales (brain damage) | La validité concourante et discriminante a été établie. Évaluation fidèle qui discrimine entre les populations ayant une atteinte cérébrale (brain damage), psychiatriques et la population normale. (Psychological Assessment Resources Inc., 2003). | Revue littérature | Unsworth, C. A., Baker, A., Taitz, C., Chan, S. P., Pallant, J. F., Russell, K. J., & Odell, M. (2012). Development of a standardised Occupational Therapy--Driver Off-Road Assessment Battery to assess older and/or functionally impaired drivers. [Evaluation StudiesResearch Support, Non-U S Gov'tValidation Studies]. *Aust Occup Ther J, 59*(1), 23-36 |
| **Figure de Rey** | AVC | Une analyse de régression multiple a démontré que la combinaison du résultat à la Figure de Rey et de l’acuité visuelle de l’œil droit et de l’œil gauche étaient les meilleurs prédicteurs de la performance sur route (*R2* =.28) parmi les évaluations comprises dans cette étude (limite). | Échantillon: 104 patients avec séquelles d’un premier AVC(82 hommes, 22 femmes)Âge moyen : 56,9 ansOnt passés plusieurs tests visuels, quelques tests neuropsycho-logiques (UFOV, Figure de Rey, Zimmerman, etc.) et un test sur route. | Akinwuntan, A. E., Feys, H., DeWeerdt, W., Pauwels, J., Baten, G., & Strypstein, E. (2002). Determinants of driving after stroke. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 83*(3), 334-341. |
| **Stroop Colour-Word Test** | 1-PÂ – hommes2-Sclérose en plaques3-TCC | 1-Une augmentation du nombre d’erreurs au Stroop a été corrélée avec un nombre élevé d’accidents (F = 14.311, P < 0.001) (Daigneault et al., 2002)2-Aucune différence significative entre les résultats et la performance sur route. (P = 0.26) (Lincoln & Radford,2008)(Avec évaluation sur route)3-Prédicteur significatif de la performance sur route. (P < 0.001) (Radfordet al., 2004a)(Avec évaluation sur route) | Revue de la littérature | Asimakopulos, J., Boychuck, Z., Sondergaard, D., Poulin, V., Ménard, I., & Korner-Bitensky, N. (2011). Assessing executive function in relation to fitness to drive: A review of tools and their ability to predict safe driving. *Australian Occupational Therapy Journal*, no-no. doi: 10.1111/j.1440-1630.2011.00963.x., |
| **Tour de Londres** | PÂ - hommes | Une pauvre performance (nombre d’erreurs et temps) est associée à un pauvre dossier de conduite (accidents) (F = 5.177 to 9.085, P = 0.027 to 0.004)(Daigneault et al., 2002) | Revue de littérature | Asimakopulos, J., Boychuck, Z., Sondergaard, D., Poulin, V., Ménard, I., & Korner-Bitensky, N. (2011). Assessing executive function in relation to fitness to drive: A review of tools and their ability to predict safe driving. *Australian Occupational Therapy Journal*, no-no. doi: 10.1111/j.1440-1630.2011.00963.x., |
| **Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)**Comprend les sous-tests :- Vocabulary; - Similarities,- Information,- Comprehension- Arithmetic,- Digit Span, - Letter number sequencing-Block Design,- Picture completion- Matrix Reasoning, - Digit Symbol Coding,- Symbol Search | 1-“Acquired brain injury’’ (AVC, TCC, Sclérose en plaques, etc.)2-TCC | Empan numérique : 1- Non prédictif (empan direct: t = 1.110;P = 0.276; empan inverse: t = 1.173; P = 0.250) (Alexandersen et al., 2009)(Étude avec evaluation sur route)2-En tant que faisant partie d’une batterie d’évaluations cognitives= la dysfonction cognitive prédit des incidents de conduite.(P = 0.41) (Rapport et al., 2008) | Revue de littérature | Asimakopulos, J., Boychuck, Z., Sondergaard, D., Poulin, V., Ménard, I., & Korner-Bitensky, N. (2011). Assessing executive function in relation to fitness to drive: A review of tools and their ability to predict safe driving. *Australian Occupational Therapy Journal*, no-no. doi: 10.1111/j.1440-1630.2011.00963.x., |
| **Wisconsin Card Sorting Test - WCST** | 1-AVC2-Déficits cognitifs acquis (AVC, TCC, SEP, etc.)3-PÂ (hommes) | 1-Version électronique: Faible corrélation (r = 0.02–0.05) (Soderstrom et al., 2006)(Étude avec évaluation sur route)2- Version électronique: faible prédicteur (t = 1.005; P = 0.323) (Alexandersen et al., 2009)(Étude avec évaluation sur route)3- Le nombre d’erreur au test n’a pas fait de distinction entre les gens ayant eu des accidents (crash records) et ceux sans accidents. (F = 0.105, P = 0.75) (Daigneault et al., 2002)(Étude faite avec dossiers de conduite, rapport d’accidents et questionnaire) | Revue de littérature | Asimakopulos, J., Boychuck, Z., Sondergaard, D., Poulin, V., Ménard, I., & Korner-Bitensky, N. (2011). Assessing executive function in relation to fitness to drive: A review of tools and their ability to predict safe driving. *Australian Occupational Therapy Journal*, no-no. doi: 10.1111/j.1440-1630.2011.00963.x., |
| **Stroke Driver Screening Assessment - SDSA**Versions: Britannique, Scandinave et Nord Américaine.Michon : 3 niveauxAucune version en françaisDurée : environ 40 minutes3 sous-tests1-Dot cancellation (Annulation de points) : attention /concentration 2.1-Square matrix test – Direction (matrice carrée de directions)2.2. Square matrix test – Compass(matrice carrée de boussoles)Évalue :* Habiletés visuo-spatiales
* Habiletés visuo- perceptuelles
* Attention partagée
* Vitesse mentale
* Fonctions executives

 3- Road sign recognition (Test de reconnaissance de panneaux routiers)Évalue : * Connaissance de la circulation
* Compréhension visuelle

Les résultats sont insérés dans des équations prédictives discriminantes (‘’PASS’’ et ‘’FAIL’’)Si la personne échoue le test, elle peut le repasser dans 3-4 mois.**Stroke Driver Screening Assessment – NSDSA****Stroke Driver Screening Assessment - SDSA**Stroke Driver Screening Assessment - SDSAStroke Driver Screening Assessment - SDSAStroke Driver Screening Assessment - SDSAStroke Driver Screening Assessment - SDSAStroke Driver Screening Assessment - SDSA |  | Le SDSA est fait pour les AVC légers sans séquelles apparentes donc ne pas oublier la dimension physique |  | Bruno Ollivry |
| AVC, Parkinson | Étude avec version Nord-Américaine du SDSA*Utilisation des équations originales UK*AVC = Le SDSA a prédit à 100% le résultat au simulateur de conduite. Parkinson = SDSA a prédit à 73% le résultat au simulateur de conduite et à 82% le résultat au test de conduite sur route.\*\*Très petit échantillon. Résultats préliminaires. | Échantillon : -7 patients ayant subi AVC (âge moyen : 51 ans)- 11 patients avec Parkinson stade 2 ou 3 de Hoehn et Yahr (âge moyen 65 ans)Étude avec simulateur de conduite (AVC, Parkinson) et évaluation sur route (Parkinson seulement, car manque de fonds ($) pour AVC). Étude faite aux États-Unis | Akinwuntan, A. E., Gantt, D., Gibson, G., Kimmons, K., Ross, V., Rosen, P., & Wachtel, J. (2011). *The United States Version of the Stroke Drivers' Screening Assessment Battery: A Report of Preliminary Findings*. Paper presented at the Proceedings of the 6th International Driving Symposium on Human Factors in Driver Assessment, Training, and Vehicle Design,, Resort at Squaw Creek, Olympic Valley - Lake Tahoe, California, USA. |
| 1-Déficiences physiques variées2-AVC3-Désor-dres neurolo-giques acquis autres que AVC4-SEP5-AVC | 1-A prédit correctement 80% des cas qui ont réussi ou échoué.  (Barnes, 1997)(Étude avec évaluation sur route)2- SDSA a correctement prédit la performance sur route dans 81% des cas. (Nouri & Lincoln, 1993)(Étude avec évaluation sur route)3-Spécificité modérée (70%) Sensibilité modérée (55%) (Department of Health, England, 2002)(Étude avec évaluation sur route)4- SDSA (sous-tests « Annulation de points » et « Reconnaissance des panneaux routiers ») + AMIPB (Design and learning) + AMIPB IP (tâche B) = -Haute sensibilité (90%)-Haute spécificité (90%) (Lincoln & Radford, 2008)(Étude avec évaluation sur route)5- Sensibilité modérée (70%) Spécificité modérée (67%)(Lundberg et al., 2003)(Étude avec évaluation sur route) | Revue de littérature | Asimakopulos, J., Boychuck, Z., Sondergaard, D., Poulin, V., Ménard, I., & Korner-Bitensky, N. (2011). Assessing executive function in relation to fitness to drive: A review of tools and their ability to predict safe driving. *Australian Occupational Therapy Journal*, no-no. doi: 10.1111/j.1440-1630.2011.00963.x., |
| AVC | SDSA = inclus 2 des 3 meilleurs déterminants de l’aptitude à conduire chez les AVC selon cette méta-analyse (avec TMT B) 1-Road Sign Recognition2-Square Matrix Compass)Cut-off de :* - Road Sign Recognition = moins de 8.5/12 identifie les conducteurs non-sécuritaires avec une précision de 84%
* - Compass = moins de 25/32 identifie les conducteurs non-sécuritaires avec une précision de 85%
 | Meta-analyse | Devos, H., Akinwuntan, A. E., Nieuwboer, A., Truijen, S., Tant, M., & De Weerdt, W. (2011). Screening for fitness to drive after stroke: a systematic review and meta-analysis. [Meta-Analysis Review]. *Neurology, 76*(8), 747-756. |
| AVC | Étude sur la validité de critère de l’UFOV et du SDSA en comparaison avec le résultat au test sur route. Les recommandations suite à la passation du SDSA en utilisant l’équation discriminante originale (Lincoln et al., 2004), étaient significativement associées avec le résultat à l’évaluation sur route indiquant que c’est une évaluation valide de l’aptitude à conduire.L’équation discriminante alternative de Lundberg et al. (2003). Les resultants avec cette equation n’étaient pas significativement associés au résultat du test sur route. La sensibilité du SDSA (71.4%) n’était pas assez élevée pour guider les decisions cliniques par rapport à l’échec probable au test sur route. | Échantillon : 66 patients référés pour passer un test sur route. - 36% AVC droit- 56% AVC gauche, Conduisaient avant AVC et score élevé au Barthel. Âge moyen : 65.9 ± 8.4 ansOnt passé le UFOV et le SDSA comparé à un test sur route (n=43). Étude faite en Australie | George, S., & Crotty, M. (2010). Establishing criterion validity of the Useful Field of View assessment and Stroke Drivers' Screening Assessment: comparison to the result of on-road assessment. [Research Support, Non-U S Gov'tValidation Studies]. *Am J Occup Ther, 64*(1), 114-122. |
| AVC | SDSA a été utilisé pour évaluer le la validité du test sur route utilisé en Belgique. SDSA = critère de validité du test sur route.Résultats : Haute sensibilité (80.6%)Haute spécificité (100%) Évaluation sur route vs SDSA | Échantillon:38 participants (31 hommes, 7 femmes) ayant subi un AVC et étant en réadaptation en Belgique.* 20 AVC droit
* 16 AVC gauche
* 2 AVC bilatéraux
* (26 ischémiques, 12 hémorragiques ; 5 avec quadrianopsie, 5 avec hémianopsie)
 | Akinwuntan, A. E., De Weerdt, W., Feys, H., Baten, G., Arno, P., & Kiekens, C. (2005). The validity of a road test after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 86*(3), 421-426 |
| AVC et autres conditions neurologi-ques | Valide et fidèle (Barnes, 1997)Forces : Fidelité test-retest acceptable, mais quelques effets d’apprentissage notés (Nouri & Lincoln, 1992a).70% spécificité et 55% sensibilité rapporté dans une étude de 143 clients avec atteintes neurologiques acquises autres que AVC (Department of Health, 2002). Meilleur pour prédire ceux qui échouent le test sur route que ceux qui réussissent Barnes (1997) a prédit correctement 80% des clients qui ont passé ou échoué le test sur route. Nouri & Lincoln (1993) ont étudiés 52 clients ayant subit un AVC (âge moyen 59 ans) et trouvé que le SDSA prédit correctement la performance sur route de 81% de l’échantillon.Faiblesses : Pauvre validité apparent lorsque administer à une population Australienne. Si le client passe cette évaluation, les auteurs recommandent tout de même une évalaution des habiletés mentales et physiques avant de recommencer à conduire (Nouri & Lincoln, 1992b). Les auteurs recommandent un test sur route après la passation du SDSA (Nouri & Lincoln, 1993). | Revue de la littérature | Unsworth, C. A., Lovell, R. K., Terrington, N. S., & Thomas, S. A. (2005). Review of tests contributing to the occupational therapy off-road driver assessment. *Australian Occupational Therapy Journal, 52*(1), 57-74. |
| AVC | Étude sur la validité concourante du SDSATous les sous-tests du SDSA corrèlent significativement avec le Stroop (*P* = .001) et le Trail Making Test (*P*= .001) ce qui suggère qu’ils mesurent les habiletés exécutives et l’attention. Le sous-test ‘’Annulation de points’’ (Dot Cancellation) (DC) corrèle aussi significativement avec le ‘’Verbal Description of Road Signs’’ (*P*=.01). Le sous-test Matrices carrés (Square Matrices) corrèle significativement avec l’analyse de cube du ‘’Visual Object and Space Perception Battery’’(*P*=.01) et le sous-test « visages (faces)» ‘’Recognition Memory Tests’’ (*P*=.001), ce qui suggère que le sous-test « Matrices carrées » évalue aussi les habiletés visuo-spatiales et la mémoire visuelle.Le sous-test de Reconnaissance des panneaux routiers  («  Road Sign Recognition test » corrèle aussi significativement avec l’analyse de cube du ‘’Visual Object and Space Perception Battery’’(*P*=.05), ce qui suggère que le Test de reconnaissance des panneaux routiers évalue aussi les habiletés visuospatiales. L’analyse factorielle a produit une solution à 2 facteurs :Facteur 1 = habiletés exécutives et attention (temps Annulation de point, Matrice carré de Boussoles (compass), Test de reconnaissance de panneaux routiers «load » sur le facteur 1 avec Stroop et TMT) Facteur 2 = autres (RMT sous-test “visages” et CET) Donc SDSA mesure principalement habiletés exécutives et attention. | Échantillon: -93 patients ayant subi un AVC référés pour une évaluation de l’aptitude à conduire et qui conduisait avant AVC. En moyenne : 5 mois post-AVC.Âge : 22-83 ans Ont passé le SDSA et tests :-d’habiletés visuospatiales (Visual Object andSpace Perception Battery), -habiletés exécutives (Stroop, Trail-Making Test, Cognitive)- de mémoire visuelle (RecognitionMemory Tests, Verbal Descriptions of RoadSigns).  | Radford, K. A., & Lincoln, N. B. (2004). Concurrent validity of the stroke drivers screening assessment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 85*(2), 324-328 |
| TCC | Étude de Validation du SDSA avec TCCL’équation développée pour les AVC n’est pas un bon prédicteur de l’habileté de conduire chez les TCC. Plusieurs personnes passant le SDSA échouaient sur la route à cause de problèmes visuels ou physiques comme l’ataxie. Haute spécificité (84%),Faible sensibilité (36%). SDSA, Stroop et le “Adult Memory and Information processing Battery” (AMIPB) ont prédit 87% des résultats au test sur route. Ils recommandent donc une batterie incluant : le STROOP, le SDSA et l’AMIPB Information Processing pour différencier les patients sécuritaire pour reprendre la conduite et qui nécessitent une évaluation sur route. (Voir équation dans manuel). | Échantillon :52 TCC (en Angleterre)44 hommes, 8 femmes.Âge moyen : 39 ansIls ont passé le SDSA un outil développé pour les AVC. Étude avec évaluation sur route | Radford, K. A., Lincoln, N. B., & Murray-Leslie, C. (2004). Validation of the stroke drivers screening assessment for people with traumatic brain injury. [Research Support, Non-U S Gov'tValidation Studies]. *Brain Inj, 18*(8), 775-786. |
| AVC | **SDSA version nordique** :-Moins que 70% étaient classifiés correctement selon cet outil. -Ont réussi à augmenter à 78% en faisant d'autres analyses….. |  | Lundberg C, Caneman G, Samuelsson SM, Hakamies-Blomqvist L, Almkvist O. (2003) The assessment of fitness to drive after a stroke: the Nordic Stroke Driver Screening Assessment. Scand J Psychol. Feb;44(1):23-30. |
| Stroke Driver Screening Assessment – SDSAStroke Driver Screening Assessment - SDSA | AVC | Étude ayant pour objectif de déterminer quels tests cognitifs d’une batterie (développée à cet effet) sont prédictifs de la performance à l’évaluation sur route.Les évaluations nécessitant des habiletés de raisonnement complexes tels que le ‘’Cube Copy’’, ‘’What else is in the square?’’, ‘’Roadsign recognition’’ et ‘’Hazard recognition’’ ont démontré une relation significative très élevée avec les categorisations au test sur route (ex. réussite, échec, etc.)Les équations prédictives se sont avérées exactes dans plus de 80% des cas. Les équations prédictives sont plus efficaces pour prédire les échecs au test sur route que les réussites.Résultat = création du SDSADéveloppement des équations prédictives ‘’PASS’’ and ‘’FAIL’’ | Échantillon : 40 patients ayant subi AVC* Avec permis de conduire valide
* Sans condition médicale ou psychiatrique (ex. épilepsie) qui empêcherait la conduite
* Sans hémianopsie

(36 hommes, 4 femmes)Âge moyen: 61.1 ansBatterie de tests cognitifs:- Cube copy - Dot Cancellation (Annulation de point du SDSA)-‘’What is in the square’’ = **Matrice de direction du SDSA** -‘’What else is in the square?’’= **Matrice de Boussole du SDSA**- Road sign recognition test = **Test de reconnaissance de panneaux routiers du SDSA.**- Copie et Rappel de la Figure de Rey - Pursuit Rotor- Token Test part V-Titmus vision tester and perimeter- Recognition memory Test : faces- Hazard recognition task Étude avec évaluation sur route | Nouri, F. M., & Lincoln, N. B. (1992). Validation of a cognitive assessment: Predicting driving performance after stroke. *Clinical Rehabilitation, 6*(4), 275-281. doi: 10.1177/026921559200600402 |

**Interprétation des résultats de la revue de littérature de Vrkljan, B. H., McGrath, C. E., & Letts, L. J. (2011) :**

****

**Références**

Alexandersen, A., Dalen, K. & Bronnick, K. (2009). Prediction of driving ability after inconclusive neuropsychological investigation. Brain Injury, 23, 313–321.

Barnes, M. P. (1997). Driving for Disabled People. *9*(1), 75-92.

Bouillon, L., Mazer, B., & Gelinas, I. (2006). Validity of the Cognitive Behavioral Driver’s Inventory in predicting driving outcome.

*American Journal of Occupational Therapy, 60,* 420–427.

Charlton, J. (2002). *Licensing Issues.* Paper presented at the Mobility and Safety of Older People Conference, Melbourne, Australia

Daigneault, G., Joly, P. & Frigon, J. Y. (2002). Executive functions in the evaluation of accident risk of older drivers. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 24, 221–238.

Department of Health. (2002). Validation of the stroke drivers screening assessment for patients with acquired neurological disability.

Dickerson, A., Reistetter, T., & Trujillo, L. (2010). Using an IADL Assessment to Identify Older Adults Who Need a Behind-the-Wheel Driving Evaluation. *Journal of Applied Gerontology, 29*(4), 494-506. doi: 10.1177/0733464809340153

Dobbs, A. R. (1997). Evaluating the driving competence of dementia patients. [Research Support, Non-U S Gov't]. *Alzheimer Dis Assoc Disord, 1*, 8-12.

Freund, B., Gravenstein, S., Ferris, R., Burke, B. L., & Shaheen, E. (2005). Drawing clocks and driving cars. [Research Support, Non-U S Gov't]. *J Gen Intern Med, 20*(3), 240-244.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res, 12*(3), 189-198.

Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep, 14*(6), 540-545.

Klavora, P., Gaskovski, P., & Forsyth, R. (1994). Test-retest reliability of the Dynavision apparatus. *Percept Mot Skills, 79*(1 Pt 2), 448-450.

Klavora, P., Heslegrave, R. J., & Young, M. (2000). Driving skills in elderly persons with stroke: comparison of two new assessment options. [Comparative Study Research Support, Non-U S Gov't]. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 81*(6), 701-705.

Korner-Bitensky, N., Sofer, S., Kaizer, F., Gelinas, I., & Talbot, L. (1994). Assessing ability to drive following an acute neurological event: are we on the right road? [Review]. *Can J Occup Ther, 61*(3), 141-148.

Korner-Bitensky, N. A., Mazer, B. L., Sofer, S., Gelinas, I., Meyer, M. B., Morrison, C., . . . White, M. (2000). Visual testing for readiness to drive after stroke: a multicenter study. [Multicenter Study Research Support, Non-U S Gov't]. *Am J Phys Med Rehabil, 79*(3), 253-259.

Korner-Bitensky, N., & Sofer, S. *The DriveABLE Competence Screen as a predictor of on-road driving in a clinical sample*: Aust Occup Ther J. 2009 Jun;56(3):200-5.

Kwok, C. W. J., Gélinas, I., Benoit, D., & Gevorg Chilingaryan. (2012). *The predictive validity of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) as a screening tool for on-road driving performance*.

Lincoln, N. B. & Radford, K. A. (2008). Cognitive abilities as predictors of safety to drive in people with multiple

sclerosis. Multiple Sclerosis, 14, 123–128.

Mazer, B. L., Korner-Bitensky, N. A., & Sofer, S. (1998). Predicting ability to drive after stroke. [Research Support, Non-U S Gov't]. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 79*(7), 743-750.

Nouri, F. M., & Lincoln, N. B. (1992). Validation of a cognitive assessment: Predicting driving performance after stroke. *Clinical Rehabilitation, 6*(4), 275-281.

Nouri, F. M., & Lincoln, N. B. (1993). Predicting driving performance after stroke. [Clinical Trial Comparative Study Randomized Controlled Trial]. *BMJ, 307*(6902), 482-483.

Odenheimer, G. L., Beaudet, M., Jette, A. M., Albert, M. S., Grande, L., & Minaker, K. L. (1994). Performance-based driving evaluation of the elderly driver: safety, reliability, and validity. [Research Support, Non-U S Gov't Research Support, U S Gov't, Non-P H S]. *J Gerontol, 49*(4), M153-159.

Oswanski, M. F., Sharma, O. P., Raj, S. S., Vassar, L. A., Woods, K. L., Sargent, W. M., & Pitock, R. J. (2007). Evaluation of two assessment tools in predicting driving ability of senior drivers. [Evaluation Studies Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Am J Phys Med Rehabil, 86*(3), 190-199. doi: 10.1097/PHM.0b013e31802b7de5

Petrakos, D. & Freund, B. D. (2009). Driving habits of older drivers 3 months before driving evaluation. Topics in Geriatric Rehabilitation, 25, 118–134.

Radford, K. A., Lincoln, N. B. & Murray-Leslie, C. (2004a). Validation of the stroke drivers screening assessment for people with traumatic brain injury. Brain Injury, 18, 775–786.Stolwyk, R., Charlton, J., Triggs, R., Iansek, R. & Bradshaw, J.L. (2006). Neuropsychological function and driving ability in people with Parkinson’s Disease. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology

Rapport, L. J., Bryer, R. C. & Hanks, R. A. (2008). Driving and community integration after traumatic brain injury.Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 89, 922–30.

Soderstrom, S. T., Pettersson, R. P. & Leppert, J. (2006). Prediction of driving ability after stroke and the effect of behind-the-wheel training. Scandinavian Journal of Psychology, 47, 419–429

Staplin, L., Lococo, K. H., Gish, K. W., Decina, L.E. (2003a*). Model Driver Screening and Evaluation Program.* *Volume 2: Maryland Pilot Older Driver Study.* Washington, D.C.: National Highway and Traffic Safety Administration.

Tombaugh, T. N., & McIntyre, N. J. (1992). The mini-mental state examination: a comprehensive review. [Review]. *J Am Geriatr Soc, 40*(9), 922-935.

Withaar, F. K., Brouwer, W. H., & van Zomeren, A. H. (2000). Fitness to drive in older drivers with cognitive impairment. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Journal of the International Neuropsychological Society, 6*(4), 480-490.