

UETMIS

Unité d'évaluation des technologies
et des modes d'intervention en santé



Évaluation de la surveillance constante et des technologies d'aide à la surveillance comme mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez des adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement

Rapport d'évaluation 07-12



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC

Évaluation de la surveillance constante et des technologies d'aide à la surveillance comme mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez des adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement

Rapport d'évaluation 07-12

préparé par

Lynda Bélanger, Ph.D.
Mélanie Hamel, Ph.D.
Martin Coulombe, M.Sc., M.A.P.
Marc Rhainds, MD, M.Sc., FRCPC

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)

Direction de l'évaluation, de la qualité, de l'ingénierie,
de la performance et de la prévention des infections

CHU de Québec

avec la collaboration de

Diane Lalancette
et de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ)

Août 2012

www.chuq.qc.ca/fr/evaluation

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec.

COORDINATION

Docteur Marc Rhains, cogestionnaire médical et scientifique, UETMIS, CHU de Québec
Monsieur Martin Coulombe, adjoint au directeur – module Évaluation, DEQIPP, CHU de Québec

SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGE

Madame Francine Daudelin, technicienne en administration, module Évaluation, DEQIPP, CHU de Québec

CONCEPTION GRAPHIQUE DE LA PAGE COUVERTURE

Madame Marjolaine Rondeau, graphiste, Direction des communications, CHU de Québec

Pour se renseigner sur cette publication ou toute autre activité de l'UETMIS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
Hôpital Saint-François d'Assise du CHU de Québec
10, rue de l'Espinay
Québec (Québec) G1L 3L5
Téléphone : 418 525-4444 poste 54682
Courriel : francine.daudelin@chuq.qc.ca

Comment citer ce document :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Centre hospitalier universitaire de Québec (UETMIS-CHU de Québec). Évaluation de la surveillance constante et des technologies d'aide à la surveillance comme mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez des adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement – Rapport d'évaluation préparé par Lynda Bélanger, Mélanie Hamel, Martin Coulombe, Marc Rhains (UETMIS 07-12) Québec, 2012, vii-65 p.

Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

Les photos et images utilisées dans ce document sont libres de droits d'auteur.

Copyright © 2012 UETMIS du CHU de Québec.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à des fins non commerciales, à condition que la source soit mentionnée.

À la mémoire de Mélanie Hamel...

REMERCIEMENTS

L'équipe de l'UETMIS du CHU de Québec tient à remercier les personnes qui ont collaboré à la préparation de ce rapport d'évaluation en apportant leur expertise et leur point de vue :

Madame Carole Brault, bibliothécaire, Direction de l'enseignement, CHU de Québec

Dr Nicholas Brousseau, médecin spécialiste en santé communautaire, ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Madame Diane Lalancette, agente de recherche, UETMIS de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec

D^{re} Lyne Létourneau, LL.B., LL.M., Ph.D., Institut d'éthique appliquée, Université Laval.

Les membres du groupe de travail interdisciplinaire (voir la liste à l'Annexe 1)

Un remerciement tout particulier à Madame Mélanie Hamel de l'UETMIS du CHUQ qui a piloté ce projet d'évaluation avec toute son énergie et son cœur afin de lui donner un sens auprès des partenaires du RUIS-UL. Nous dédions ce rapport à la mémoire de Mélanie et à la grandeur de cette collègue et amie qui, à la suite de son combat contre la maladie, nous a malheureusement quittés au printemps 2012. Merci pour tout, Mélanie, et puisse ton souvenir inspirer les membres de notre UETMIS à se dépasser dans la réalisation de leur projets futurs.

FINANCEMENT

Ce projet a été financé par la Table d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et en services sociaux du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval et l'UETMIS du CHU de Québec.

AVANT-PROPOS

L'UETMIS du CHU de Québec a pour mission de soutenir et de conseiller les décideurs (gestionnaires, médecins et professionnels) dans la prise de décision relative à la meilleure allocation de ressources visant l'implantation d'une technologie ou d'un mode d'intervention en santé ou la révision d'une pratique existante.

LE CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'UETMIS

M^{me} Nathalie Boissonneault, représentante du Conseil des infirmières et infirmiers

M^{me} Katia Boivin, représentante du Conseil multidisciplinaire

M^{me} Rose-Anne Buteau, représentante de la Direction des soins infirmiers

M. Robert J. Côté, représentant du Comité des usagers

M^{me} Marie-Pierre Gagnon, chercheuse de l'Axe du transfert des connaissances et ETMIS

M^{me} Martine Lachance, directrice adjointe, Direction générale adjointe à l'organisation clinique

M. Daniel La Roche, directeur, Direction de l'évaluation, de la qualité, de l'ingénierie, de la performance et de la prévention des infections

D^{re} Isabelle Marc, représentante du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

M^{me} Marie-Claude Michel, pharmacienne coordonnatrice du Programme de gestion thérapeutique des médicaments

M. Mario Regnière, représentant de la Direction des services multidisciplinaires

M^{me} Michèle Touzin, représentante du Service des technologies biomédicales

L'ÉQUIPE DE L'UETMIS

M^{me} Geneviève Asselin, agente de recherche (congé parental)

M^{me} Lynda Bélanger, agente de recherche (remplacement congé parental)

M. Martin Bussièrès, agent de recherche

M. Martin Coulombe, adjoint au directeur – module Évaluation, DEQIPP

M^{me} Francine Daudelin, technicienne en administration

M^{me} Brigitte Larocque, agente de recherche

D^r Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique des activités d'ETMIS

Ce document présente les informations répertoriées au 8 mars 2012 pour les volets efficacité et innocuité selon la méthodologie de recherche documentaire développée. Ces informations ne remplacent pas le jugement du clinicien. Elles ne constituent pas une approbation ou un désaveu du mode d'intervention ou de l'utilisation de la technologie en cause.

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du CHU de Québec, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, les auteurs, le CHU de Québec, les membres du groupe de travail de même que les membres du Conseil scientifique de l'UETMIS ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté par les auteurs.

SOMMAIRE

Malgré les orientations prises par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour diminuer le recours aux mesures de contention et d'isolement dans les hôpitaux et les CSSS au Québec, l'implantation et l'utilisation de mesures de remplacement représente encore un défi de taille pour le réseau de la santé. Entre autres, l'efficacité, la sécurité et l'utilité des mesures de remplacement ne sont pas bien documentées et certaines d'entre-elles demeurent controversées. La Table en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) du Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval (RUIS-UL) a fait de ces questions sa priorité en 2010 et confié à l'UETMIS du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) le mandat de dresser le portrait des pratiques actuelles et de documenter les aspects organisationnels facilitant et limitant l'utilisation des mesures de remplacement. Dans le cadre de ce projet, le groupe de travail interdisciplinaire accompagnant l'UETMIS a priorisé l'évaluation de l'efficacité, de la sécurité, des coûts et des aspects éthiques de la surveillance constante (SC) et des technologies d'aide à la surveillance (AS). Sur la base d'une démarche réalisée auprès d'intervenants d'une vingtaine d'établissements du RUIS-UL et d'une revue de la littérature, l'UETMIS a constaté que la SC est une pratique courante dans les milieux de soins, mais qu'elle ne repose pas sur des preuves d'efficacité robustes. De plus, la SC sans engagement thérapeutique est une pratique dans les établissements qui semble davantage s'apparenter à une forme de méthode de contrôle qu'une mesure de remplacement. Aussi, l'introduction des AS dans les milieux de soins, lorsqu'elle est envisagée, devrait se faire parallèlement à des démarches d'analyse approfondie sur les plans clinique, organisationnel et environnemental. Finalement, la nature des effets indésirables et événements répertoriés en lien avec l'utilisation des AS suggère que l'utilisation de la technologie n'est pas sans risque dans les milieux de soins et que la prudence est de mise. Dans ce contexte, l'UETMIS recommande au RUIS-UL de soutenir la mise en place d'une communauté de pratiques ayant pour mandats le partage des meilleures pratiques et le développement de normes et de guides de pratique communs pour encadrer l'utilisation de la SC et des AS. Aux établissements du RUIS-UL, l'UETMIS recommande de réaliser une démarche de révision de processus quant au recours à la SC et aux AS et de partager leurs meilleures pratiques sur le plan de la réduction de l'utilisation de la SC au sein d'une communauté de pratique. La réalisation d'un projet pilote avec la collaboration de plusieurs établissements est également recommandée afin d'évaluer l'efficacité et la sécurité de la surveillance intermittente comme alternative à la contention et à l'isolement. Le développement de la recherche dans le domaine de l'évaluation de l'efficacité, de l'innocuité et de la sécurité de nouvelles pratiques en surveillance devrait aussi être priorisé.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	V
AVANT-PROPOS	VI
SOMMAIRE	VII
LISTE DES TABLEAUX	X
LISTE DES FIGURES	XI
LISTE DES ANNEXES	XI
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES	XII
RÉSUMÉ	1
1. INTRODUCTION	6
2. QUESTIONS DÉCISIONNELLE ET D'ÉVALUATION	8
2.1 Question décisionnelle	8
2.2 Questions d'évaluation	8
3. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION	9
3.1 Contextualisation	9
3.2 Recherche documentaire	10
3.2.1 Sélection des études	11
3.2.2 Évaluation de la qualité et extraction des données	12
4. INFORMATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT LA SURVEILLANCE	14
4.1 Définition	14
4.2 Niveaux de surveillance directe	14
4.3 Populations ciblées	16
4.4 Technologies d'aide à la surveillance	17
4.5 Utilisation de la surveillance et des aides à la surveillance dans les milieux du RUIS-UL	17
5. RÉSULTATS : SURVEILLANCE CONSTANTE	19
5.1 Efficacité	19
5.1.1 Résultats de la recherche documentaire	19
5.1.2 Études de synthèse	19
5.1.3 Études originales	20
5.1.4 Portée des résultats et limites des études sur la surveillance constante	21
5.2 Effets indésirables et sécurité	22
5.2.1 Résultats de la recherche documentaire	22
5.2.2 Études originales	22
5.3 Avantages et inconvénients de la surveillance constante rapportés dans les établissements du RUIS-UL	24
6. RÉSULTATS : TECHNOLOGIE D'AIDE À LA SURVEILLANCE	25
6.1 Efficacité	25
6.1.1 Résultats de la recherche documentaire	25
6.1.2 Études de synthèse	25
6.1.3 Études originales	26
6.1.4 Synthèse et limites des études originales portant sur les aides à la surveillance	28
6.2 Sécurité et innocuité	28

6.2.1	Résultats de la recherche documentaire.....	28
6.2.2	Recherche dans la base de données MAUDE.....	30
6.3	Avantages et inconvénients des aides à la surveillance rapportés dans les établissements du RUIS-UL	32
7	ASPECTS ÉTHIQUES ET JURIDIQUES DE LA SURVEILLANCE	33
7.1	Résultats de la recherche documentaire.....	33
7.1.1	Études de synthèse sur les enjeux éthiques associées aux technologies d'aide à la surveillance.....	33
7.1.2	Études originales sur les enjeux éthiques associées aux technologies d'aide à la surveillance	34
7.2	Résumé des principaux enjeux éthiques et juridiques de la surveillance soulevés dans la littérature.....	35
8	DIMENSION BUDGÉTAIRE	38
9	CONSTATS ET DISCUSSION	39
9.1	La surveillance constante : une pratique courante dans les milieux de soins, mais sans preuve d'efficacité..	39
9.2	La surveillance constante sans engagement thérapeutique : mesure alternative ou mesure de contrôle?	39
9.3	Les technologies d'aide à la surveillance : des attentes non fondées au regard de l'efficacité.....	40
9.4	Les technologies d'aide à la surveillance : des équipements qui ne sont pas sans risques	41
10	RECOMMANDATIONS	42
10.1	Recommandations au RUIS-UL.....	42
10.2	Recommandations aux établissements du RUIS-UL	42
11	CONCLUSION	44
12	ANNEXES	45
	RÉFÉRENCES	61

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 – DÉFINITIONS MINISTÉRIELLES	6
TABLEAU 2 – RÉPARTITION DES ÉTABLISSEMENTS ET MILIEUX DE SOINS AYANT PARTICIPÉ AU PROJET SELON LA RÉGION DU RUIS-UL.....	10
TABLEAU 3 – CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ET LIMITES SPÉCIFIÉES POUR LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	12
TABLEAU 4 – DÉFINITIONS DES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE SURVEILLANCE À L'IUSMQ	15
TABLEAU 5 – PRESCRIPTIONS DU NIVEAU DE SURVEILLANCE EN FONCTION DE LA DANGÉROSITÉ À L'IUSMQ.....	16
TABLEAU 6 – CATÉGORIES DE MESURES DE REMPLACEMENT LES PLUS FRÉQUEMMENT RAPPORTÉES SELON LES MILIEUX DE SOINS.....	18
TABLEAU 7 – CARACTÉRISTIQUES ET CONCLUSIONS DES ÉTUDES DE SYNTHÈSE AYANT RECHERCHÉ DES ÉTUDES SUR L'EFFICACITÉ DE LA SURVEILLANCE CONSTANTE	20
TABLEAU 8 – CARACTÉRISTIQUES ET RÉSULTATS DES ÉTUDES ORIGINALES.....	21
TABLEAU 9 – CARACTÉRISTIQUES ET RÉSULTATS DES ÉTUDES RAPPORTANT DES EFFETS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS À LA SURVEILLANCE CONSTANTE.....	23
TABLEAU 10 – AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS LIÉS À L'UTILISATION DE LA SURVEILLANCE CONSTANTE RAPPORTÉS LORS DES GROUPES DE DISCUSSION MENÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DU RUIS-UL.....	24
TABLEAU 11 – DESCRIPTION SOMMAIRE DES CARACTÉRISTIQUES ET CONCLUSIONS DES ÉTUDES DE SYNTHÈSE AYANT RECHERCHÉ DES ÉTUDES SUR L'EFFICACITÉ DES TECHNOLOGIES D'AIDE À LA SURVEILLANCE.....	26
TABLEAU 12 – DESCRIPTION SOMMAIRE DES ÉTUDES ORIGINALES AYANT ÉVALUÉ L'EFFICACITÉ DE TECHNOLOGIES D'AIDE À LA SURVEILLANCE	26
TABLEAU 13 – SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DES ÉTUDES AYANT ÉVALUÉ L'EFFICACITÉ D'UNE TECHNOLOGIE D'AIDE À LA SURVEILLANCE.....	27
TABLEAU 14 – EFFETS INDÉSIRABLES RAPPORTÉS DANS LE CADRE DES ÉTUDES AYANT ÉVALUÉ DES TECHNOLOGIES D'AIDE À LA SURVEILLANCE	29
TABLEAU 15 – AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS LIÉS À L'UTILISATION DES AIDES À LA SURVEILLANCE RAPPORTÉS LORS DES GROUPES DE DISCUSSION MENÉS DANS DES ÉTABLISSEMENTS DU RUIS-UL	32
TABLEAU 16 – CARACTÉRISTIQUES ET CONCLUSION DES ÉTUDES DE SYNTHÈSE PORTANT SUR LES ASPECTS ÉTHIQUES DES AIDES À LA SURVEILLANCE.....	34
TABLEAU 17 – CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES ORIGINALES AYANT SONDÉ LES INTERVENANTS ET LES MEMBRES DE LA FAMILLE SUR LES ASPECTS ÉTHIQUES ASSOCIÉS À L'UTILISATION DES TECHNOLOGIES D'AIDE À LA SURVEILLANCE.....	35

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 – DIAGRAMME DE SÉLECTION DES DOCUMENTS PORTANT SUR L'EFFICACITÉ DE LA SURVEILLANCE	19
FIGURE 2 – DIAGRAMME DE SÉLECTION DES DOCUMENTS PORTANT SUR LES EFFETS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS À LA SURVEILLANCE.....	22
FIGURE 3 – DIAGRAMME DE SÉLECTION DES DOCUMENTS PORTANT SUR LES ASPECTS ÉTHIQUES ET JURIDIQUES DE LA SURVEILLANCE.....	33

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 – LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL.....	45
ANNEXE 2 – QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ DESTINÉ AUX MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL.....	46
ANNEXE 3 – RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DANS LA LITTÉRATURE GRISE.....	52
ANNEXE 4 – STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	54
ANNEXE 5 – QUESTIONNAIRE SUR LES COÛTS ASSOCIÉS À LA SURVEILLANCE.....	57
ANNEXE 6 – LISTE DES DOCUMENTS EXCLUS ET RAISONS D'EXCLUSION	58

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

AS	Aides à la surveillance
CDA	Soins de courte durée, clientèle autre que psychiatrie (médecine, chirurgie, gériatrie)
CDP	Soins de courte durée en psychiatrie
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ECR	Essai clinique randomisé
ETMIS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
FDA	<i>Food and Drug Administration</i> (États-Unis)
IUSMQ	Institut universitaire de santé mentale de Québec
LDG	Soins de longue durée en gériatrie
MAUDE	<i>Manufacturer and User Facility Device Experience</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RUIS-UL	Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval
SC	Surveillance constante
SI	Surveillance intermittente
UETMIS	Unité d'évaluation des technologies et de modes d'intervention en santé

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Malgré les orientations prises par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour diminuer le recours aux mesures de contention et d'isolement dans les hôpitaux et les CSSS au Québec, l'implantation et l'utilisation de mesures de remplacement représente encore un défi de taille pour le réseau de la santé. Entre autres, l'efficacité, la sécurité et l'utilité des mesures de remplacement ne sont pas bien documentées et certaines d'entre-elles demeurent controversées.

À l'automne 2010, l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (JETMIS) du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) s'est vue confier par la Table en ETMIS du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL), la réalisation d'un projet visant à évaluer l'utilisation des mesures de remplacement. L'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) s'est joint comme proche collaborateur à ce projet. Le groupe de travail interdisciplinaire mis sur pied dans le cadre de ce projet a identifié comme priorité de documenter le portrait des pratiques actuelles et les aspects organisationnels facilitant et limitant l'utilisation des mesures de remplacement, de même que d'évaluer l'efficacité, la sécurité, les coûts et les aspects éthiques reliés à la surveillance constante (SC) et les technologies d'aide à la surveillance (AS). Ce rapport présente les résultats spécifiques à l'évaluation de la surveillance.

Question décisionnelle

Les pratiques actuelles concernant la surveillance des adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement doivent-elles être révisées dans les établissements du RUIS-UL?

Questions d'évaluation

- a) Quelle est l'efficacité de la SC comme mesure de remplacement de la contention et de l'isolement chez des adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement présentant l'une des conditions suivantes : en delirium, à risque de delirium, de chutes ou de fugues, présentant un risque suicidaire ou des comportements perturbateurs ou agressifs?
- b) Quelle est l'efficacité des technologies d'AS comme mesures de remplacement de la contention et de l'isolement chez les personnes à risque de chute ou d'errance?
- c) Quelles sont les effets indésirables (innocuité et sécurité) reliées à l'utilisation de la SC pour le patient lui-même, les autres patients et le personnel?
- d) Quelles sont les effets indésirables (innocuité et sécurité) reliés à l'utilisation des technologies d'AS pour le patient lui-même, les autres patients et le personnel qui effectue la surveillance ?
- e) Quels sont les enjeux éthiques et juridiques associés à l'utilisation de la SC et des technologies d'AS ?
- f) Quels sont les coûts directs associés à l'utilisation de la SC et des technologies d'AS?

MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

Une recherche documentaire a été effectuée dans les bases de données spécialisées PubMed, Embase, *The Cochrane Library* et *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) du début de leur création jusqu'au 2 février 2012. Les articles portant sur l'efficacité, la sécurité et l'innocuité, les coûts de la SC et des AS ainsi que les aspects éthiques et juridiques qui leur sont associés ont été recherchés. La base de données du *Manufacturer and User Facility Device Experience* (MAUDE) de la *US Food and Drug Administration* (FDA) a été consultée pour compléter la recherche sur l'innocuité et la sécurité. Les bases de données PsychInfo et ETHXWeb ont également été interrogées afin de localiser des publications traitant des aspects éthiques et juridiques liés à la surveillance. Les sites Internet d'organismes d'ETMIS et des regroupements et associations de professionnels de la santé ont été consultés afin de rechercher des rapports d'évaluation et des guides de pratique pertinents. Les informations concernant les coûts ont été recueillies par l'entremise d'un questionnaire structuré acheminé à tous les milieux de soins du RUIS-UL représentés sur le groupe de travail. La sélection des études portant sur l'efficacité a été effectuée de manière indépendante par deux évaluateurs tandis que la sélection des études portant sur la sécurité et l'innocuité, sur les aspects éthiques et juridiques

ainsi que la recherche de données dans la base de données MAUDE a été effectuée par un seul évaluateur et validée par un deuxième.

RÉSULTATS PORTANT SUR L'EFFICACITÉ

Au total, la recherche documentaire a permis d'identifier deux revues systématiques et trois études originales portant sur la SC et deux revues systématiques et neuf études originales portant sur les AS. Une étude sur la SC et six études sur les AS ont été exclues suite à l'évaluation de leur qualité méthodologique.

Surveillance constante

Les auteurs des deux revues systématiques ayant recherché des études portant sur l'efficacité de la SC concluent au manque de données probantes issues d'études rigoureuses et recommande la prudence dans l'interprétation des preuves disponibles. Par ailleurs, aucun essai clinique randomisé portant sur l'efficacité de la SC n'a été localisé dans ces deux études ni dans le cadre de la recherche documentaire effectuée dans le cadre de ce projet.

Les deux études originales retenues avaient pour objectif d'évaluer les relations entre la SC et la surveillance intermittente (SI) et le taux d'auto-agressions. Il s'agit d'études descriptives de type corrélationnel dans lesquelles les auteurs ont contrôlé l'effet de plusieurs facteurs pouvant avoir une incidence sur cette relation. Les résultats de ces deux études n'ont montré aucune corrélation entre le taux d'utilisation de la SC et le taux d'auto-agressions. En revanche, les résultats ont montré qu'un recours plus fréquent à la SI était associé à une diminution du taux d'auto-agressions. Une diminution dans le temps de la SC a été observée dans l'une des études dont le suivi s'est échelonné sur 2,5 ans, passant d'une moyenne de 50,7 heures la première semaine à 7,8 heures à la fin de l'étude, sans qu'une augmentation des incidents d'auto-agression n'ait été observée. D'après les auteurs, ces résultats contribuent à semer un doute quant à l'efficacité pratique et à l'utilité de la SC comme mesure de prévention des comportements d'auto-agression. Toutefois, la prudence est de mise dans l'interprétation des résultats en raison des limites inhérentes au devis corrélationnel qui ne permet pas d'établir de lien de causalité entre les variables, pas plus que la direction de la relation. En conclusion, les données probantes disponibles ne permettent pas de se prononcer actuellement sur l'efficacité ou la non-efficacité de la SC ni sur la supériorité d'un niveau de surveillance comparativement à un autre. Les auteurs s'entendent pour dire que des études contrôlées demeurent essentielles pour mieux définir le rôle de ce mode d'intervention, ainsi que les façons optimales de prescrire et d'utiliser les différents niveaux de surveillance dans les milieux de soins.

Aides à la surveillance

Les résultats des deux études de synthèse retenues sont insuffisants pour permettre des conclusions concernant l'efficacité des technologies d'AS. L'une de ces études, portant sur l'efficacité de diverses stratégies de prévention des chutes chez des adultes hospitalisés ou hébergés en centre de soins de longue durée, n'a inclus qu'une seule étude, alors que l'autre, portant sur l'efficacité d'interventions non-pharmacologiques visant à réduire l'errance chez des atteints de démence, n'en a inclus aucune. Ces résultats font ressortir le peu d'attention empirique qu'ont reçue ces technologies jusqu'à présent.

Les trois études originales retenues ont évalué l'efficacité de technologies d'AS assez semblables. Il s'agit de détecteurs de mouvement sensible à la pression qui émet une alarme lorsque le patient se lève. Ces études avaient pour objectif d'évaluer l'efficacité de ce type de technologie à réduire le nombre de chutes chez des patients âgés hospitalisés. L'effet de ces technologies d'AS sur le recours à la contention physique (ridelles de lit, les tablettes à la chaise ou la retenue physique du tronc à l'aide d'attaches) a également été mesurée dans deux de ces études. Deux des trois études n'ont pas rapporté de différences significatives sur le nombre de chutes entre le groupe où un détecteur de mouvement a été utilisé et le groupe contrôle sans AS. Selon ces auteurs, le très petit nombre de chutes observé dans leurs études respectives pourrait faire partie des facteurs ayant limité la capacité à détecter une différence entre les groupes. Bien que la troisième étude se soit déroulée sur une plus longue période de temps et ait porté sur un plus grand échantillon, certaines lacunes méthodologiques limitent la portée de ces résultats significatifs et la possibilité de tirer des conclusions robustes. Une diminution significative du taux d'utilisation de contentions physiques dans le groupe d'intervention a été observée dans une seule des deux études. Plusieurs lacunes méthodologiques ont été identifiées dans l'ensemble de ces études au regard des devis méthodologiques, du processus de randomisation et de la puissance statistique qui pourraient expliquer les variations observées entre les résultats des études. En conclusion, compte tenu du peu d'études disponibles et de leurs limites méthodologiques, il n'est pas possible de se prononcer quant à l'efficacité de coussins sensibles à la pression

relié à une alarme à prévenir les chutes chez des patients âgés hospitalisés ou à diminuer le recours aux méthodes de contention.

RÉSULTATS PORTANT SUR LA SÉCURITÉ ET L'INNOCUITÉ

Dans l'ensemble, les effets indésirables associés à la SC font ressortir des inconforts reliés au caractère intrusif de cette pratique. Du point de vue du patient, cet inconfort engendre une pléthore d'effets indésirables d'ordre psychologique, dont une augmentation de la détresse, de l'anxiété et de la colère. Le manque d'information sur les raisons de la SC augmenterait aussi la détresse des patients. Du point de vue des intervenants, certains effets indésirables liés à la crainte pour leur propre sécurité ainsi qu'à l'aspect ennuyeux et répétitif de la tâche s'ajoutent aux inconforts engendrés par l'aspect intrusif de la SC.

Peu d'études ont documenté les dimensions de sécurité et d'innocuité des AS et elles ont porté sur une diversité de technologies, ce qui limite la possibilité d'agrèger les données et de tirer des conclusions fiables. De plus, dans la plupart des cas, les effets indésirables ou les incidents reliés à l'intervention ne sont pas évalués ni rapportés de manière systématique, ce qui constitue une limite dans l'interprétation de ce type de données. La nuisance reliée aux fausses alarmes figure parmi les incidents fréquemment rapportée pour plusieurs types de systèmes d'AS. Dans certains cas, les patients, leur famille, leurs visiteurs et même du personnel soignant ont désactivé les alarmes, ce qui soulève des préoccupations du point de vue de la sécurité puisque les intervenants peuvent alors se retrouver dans une situation où ils se fient sur les AS alors qu'elles ne sont pas en fonction. Des cas de dysfonctionnement du système d'AS ont également été rapportés, certains entraînant des conséquences graves pour le patient. Des problèmes de fiabilité ont également été constatés avec les systèmes de détection des mouvements sensible à la pression lorsqu'ils sont utilisés chez des patients très légers. Des études ont souligné par ailleurs que les intervenants ne seront pas nécessairement disponibles pour se rendre assez rapidement auprès du patient pour prévenir une chute même lorsque le système fonctionne adéquatement. Il est donc important, au-delà de l'efficacité intrinsèque des technologies d'AS, de garder en tête ces limites et le risque de faux sentiments de sécurité qu'elles peuvent générer.

ASPECTS ÉTHIQUES ET JURIDIQUES DE LA SURVEILLANCE

Les défis éthiques et juridiques que pose la surveillance pour maintenir la sécurité du patient, des autres patients ou du personnel sont nombreux et complexes. Plusieurs auteurs questionnent l'utilisation de la SC et des technologies d'AS, entre autres en raison du manque de données probantes sur leur efficacité. Ils évoquent également le déséquilibre que la SC entraîne en termes d'allocation des ressources, possiblement au détriment des autres patients. Bien que les AS utilisées pour baliser l'errance soient généralement considérées comme étant plus acceptables que les contentions physiques, plusieurs auteurs arrivent à la conclusion que ce débat n'est pas résolu. À leur avis, davantage d'études, qui incluraient par exemple la perspective de personnes vivant avec des déficits cognitifs ou en phase initiale de la démence, demeurent nécessaires pour fournir des réponses plus claires sur cette question. Parmi les principales conclusions du débat éthique actuel, plusieurs auteurs suggèrent que des études évaluant l'efficacité de la SC et des AS sont nécessaires afin de pousser plus loin la réflexion et fournir des réponses satisfaisantes.

DIMENSION BUDGÉTAIRE

Dans le but d'évaluer l'impact budgétaire de la surveillance et de l'achat d'équipements d'AS, une enquête par questionnaire a été réalisée auprès des 20 établissements participant au projet. Sur la base des réponses obtenues, on note que les coûts en ressources humaines pour la surveillance représentent une dépense correspondant à 0,1 à 1,3 % du budget de l'établissement, soit une dépense annuelle de plus de 3,5 millions de dollars dans les plus gros établissements. Pour ce qui est des équipements d'AS, les dépenses rapportées sont variables, allant de 0 à 133 000 \$ pour un établissement sur une période de trois ans (2008-2009 à 2010-2011). Toutefois, l'interprétation des résultats est limitée pour plusieurs raisons, dont le nombre important de données manquantes.

DISCUSSION

La présente évaluation visait à documenter l'efficacité, la sécurité et l'innocuité, les aspects éthiques et juridiques, ainsi que les coûts associés à la SC et aux AS. L'interprétation des informations recueillies dans le cadre de la recherche documentaire et de l'enquête sur les coûts, réalisées auprès des milieux de soins, a mené à plusieurs constats en lien avec la surveillance dans les établissements de soins de santé du RUIS-UL.

1. La surveillance constante est une pratique courante dans les milieux de soins mais elle ne repose pas sur des preuves d'efficacité robustes;
2. La SC sans un objectif d'engagement thérapeutique s'apparente davantage à une forme de méthode de contrôle qu'une mesure alternative;
3. L'introduction des AS dans les milieux de soins, lorsqu'elle est envisagée, devrait se faire parallèlement à des démarches d'analyse approfondie sur les plans clinique, organisationnel et environnemental.
4. La nature des effets indésirables et événements répertoriés en lien avec l'utilisation des AS suggère que l'utilisation de la technologie n'est pas sans risque dans les milieux de soins et que la prudence est de mise.

RECOMMANDATIONS

Recommandations au RUIS-UL

Considérant

- La faiblesse de la preuve scientifique quant à l'efficacité de la SC et des technologies d'AS;
- Les risques potentiels à la santé associés à l'utilisation de la SC et des technologies d'AS;
- Les aspects éthiques associés à la surveillance;

Considérant que l'enquête réalisée auprès des milieux de soins du RUIS-UL a révélé

- Que les pratiques en ce qui concerne la surveillance varient entre des milieux de même catégorie et entre des unités d'un même établissement;
- Que certains milieux ont implanté des pratiques prometteuses quant à la gestion de l'utilisation de la SC et des AS qui pourraient inspirer leurs collègues du RUIS-UL;
- Que plusieurs intervenants du RUIS-UL ont exprimé le besoin que l'utilisation de la SC et des AS soit encadrée;

⇒ Il est recommandé au RUIS-UL de soutenir le développement d'une communauté de pratiques ayant pour mandats:

- le partage des meilleures pratiques entre les établissements et les milieux de soins;
- le développement de normes et de guides de pratique communs pour encadrer l'utilisation de la SC et des AS

Recommandations aux établissements du RUIS-UL

Considérant

- La faiblesse de la preuve scientifique quant à l'efficacité de la SC et des technologies d'AS;
- Les risques potentiels à la santé associés à l'utilisation de la SC et des technologies d'AS;
- Les aspects éthiques associés à la surveillance;
- Que les données probantes suggèrent qu'il pourrait être préférable de remplacer la SC par une autre forme de surveillance chez des patients hospitalisés en courte durée psychiatrique;

Considérant que l'enquête réalisée auprès des milieux de soins du RUIS-UL a révélé que

- les pratiques et la terminologie utilisée pour la surveillance varient entre les milieux;
- certains milieux ont implanté des pratiques prometteuses quant à l'utilisation de la SC et de l'AS qui pourraient inspirer leurs collègues du RUIS-UL;
- plusieurs intervenants du RUIS-UL ont exprimé le besoin que l'utilisation de la SC et des AS soit encadrée;
- des besoins de formation supplémentaire concernant les mesures de contrôle et leurs alternatives ont été soulignés par une majorité d'intervenants;

⇒ Il est recommandé aux établissements du RUIS-UL :

1. De réaliser une démarche de révision de processus quant au recours à la SC et aux AS dans le but notamment
 - de bien décrire les pratiques en vigueur au sein de l'établissement quant au recours à la SC et aux AS et d'identifier les opportunités d'amélioration continue;
 - d'établir un portrait des mesures qui sont en soutien ou font obstacle à l'amélioration de la pratique de la surveillance au plan clinique, organisationnel et environnemental;

- d'évaluer la pertinence de mettre en place des mécanismes internes de coordination afin d'uniformiser les pratiques entre les unités d'un même établissement quant au recours et à l'encadrement de la SC et des AS;
 - de revoir l'accès à la formation du personnel et des médecins quant à l'utilisation des mesures de contrôle et de leurs alternatives
2. de partager leurs meilleures pratiques sur le plan de la réduction de l'utilisation de la SC avec les autres établissements du RUIS-UL au sein d'une communauté de pratique;
 3. de réaliser un projet pilote avec la collaboration de plusieurs établissements afin d'évaluer l'efficacité et la sécurité de la surveillance intermittente comme alternative à la contention et à l'isolement chez les patients hospitalisés en courte durée
 4. de soutenir le développement de la recherche dans le domaine de l'évaluation de l'efficacité, de l'innocuité et de la sécurité de nouvelles pratiques en surveillance incluant l'évaluation des technologies d'aide à la surveillance.

1. INTRODUCTION

En 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publiait un document présentant ses orientations relatives à l'utilisation des mesures de contrôle dans les hôpitaux et les centres de santé et de services sociaux (CSSS) [1]. Organisées selon six grands principes, les orientations ministérielles visent à encadrer l'utilisation des mesures de contrôle tout en encourageant les établissements à être novateurs en développant des mesures de remplacement qui contribueront significativement à la diminution, voire à l'élimination, des mesures de contention et de l'isolement. Selon ces principes directeurs, la contention et l'isolement ne devraient être utilisés comme mesures de sécurité que dans un contexte de risque imminent, uniquement en dernier recours. Lorsque de telles mesures sont inévitables, la mesure la moins contraignante pour la personne devrait être choisie et appliquée dans le respect, la dignité et la sécurité. Lorsqu'appliquée, toute mesure de contention devrait alors faire l'objet d'une supervision attentive et d'un suivi au moment du retrait. De plus, chaque établissement devrait baliser et contrôler l'utilisation de la contention et de l'isolement. Une évaluation de leur utilisation devrait être faite régulièrement par le conseil d'administration de l'établissement. Cette position du MSSS est en conformité avec l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2) qui stipule que « la force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions ».

Malgré les initiatives prises par le MSSS pour diminuer l'utilisation des mesures de contention et d'isolement, l'implantation de différentes mesures de remplacement représente encore un défi de taille dans les hôpitaux et les CSSS au Québec. Bien qu'on insiste sur l'importance de l'utilisation des mesures de remplacement, il appert que le MSSS ne se soit pas clairement positionné sur quelles mesures devraient être privilégiées selon la clientèle ou le contexte de soins, par exemple. De plus, on ne dispose que de très peu d'information sur la façon dont les milieux ont implanté et utilisent les mesures de remplacement, ou encore sur les difficultés associées à leur utilisation. Par ailleurs, l'efficacité, la sécurité et l'utilité des mesures de remplacement ne sont pas bien documentées et certaines de ces mesures demeurent sujettes à controverse.

TABLEAU 1 – DÉFINITIONS MINISTÉRIELLES

Contention	Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap
Isolement	Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement
Mesures de remplacement (mesures alternatives)	Stratégies d'intervention faisant appel aux compétences et à la créativité des intervenants et qui permettent d'éviter de recourir à la contention ou à l'isolement

Source : MSSS, 2002

À l'automne 2010, un projet visant à dresser un portrait de l'utilisation des mesures de remplacement dans divers établissements de soins au Québec a été priorisé par la Table en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL). La Table a confié à l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec) le mandat de réaliser ce projet d'évaluation en collaboration avec l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ). En décembre 2010, un groupe de travail interdisciplinaire, incluant des experts et des intervenants en psychiatrie et en gériatrie de plusieurs établissements des régions du RUIS-UL (Bas-St-Laurent (01), Saguenay-Lac-St-Jean (02), Capitale-Nationale (03), Côte-Nord (09), Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine (11), Chaudière-Appalaches (12)), a été constitué pour soutenir l'UETMIS dans la réalisation de ses travaux. Les membres de ce groupe de travail ont été impliqués à plusieurs niveaux dans la réalisation de ce projet, notamment dans l'identification des enjeux

et des dimensions à prioriser dans la recherche des données, ainsi que dans la discussion de l'état des connaissances actuelles concernant les mesures de remplacement. La liste des membres du groupe de travail est fournie à l'Annexe 1.

Lors des discussions avec les membres du groupe de travail, le recours à la surveillance constante (SC) et à l'utilisation de diverses technologies d'aide à la surveillance (AS) se sont avérées être les préoccupations les plus fréquemment mentionnées. Ce sont celles dont les enjeux touchent plusieurs aspects névralgiques, tant sur les plans organisationnel et économique que sur les plans de l'efficacité et de la sécurité de ces interventions. Par conséquent, en plus de documenter le portrait des pratiques actuelles et des aspects organisationnels entourant l'utilisation des mesures de remplacement dans plusieurs établissements du réseau, il a été déterminé que le recours à la surveillance des patients comme mesure de remplacement de la contention ou de l'isolement devait faire l'objet d'une évaluation plus approfondie dans le cadre de ce mandat. Il en a été de même pour les lits bas, dont l'évaluation a fait l'objet d'une note informative publiée en juillet 2011 par l'UETMIS [2].

En plus de cette note informative, les résultats issus de ce projet sont présentés dans deux rapports d'évaluation distincts. Le présent rapport cible de manière spécifique la surveillance des patients par le personnel ainsi que l'utilisation de diverses technologies d'AS comme mesures de remplacement. Il en présente une analyse détaillée s'appuyant sur des données de la littérature scientifique et sur les données issues de l'enquête conduite auprès des intervenants et gestionnaires du RUIS-UL. Un second rapport présentera un portrait de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement ainsi que des mesures de remplacement dans les établissements du RUIS-UL. Il fera aussi état des conditions propices à leur implantation et à leur utilisation soutenue (UETMIS-CHU de Québec, à paraître).

2. QUESTIONS DÉCISIONNELLE ET D'ÉVALUATION

2.1 Question décisionnelle

Les pratiques actuelles, en ce qui concerne la surveillance des patients (surveillance constante et technologies d'aide à la surveillance) utilisée comme mesure de remplacement de la contention et de l'isolement chez les adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement, doivent-elles être révisées dans les établissements du RUIS-UL?

2.2 Questions d'évaluation

a) Quelle est l'efficacité de la surveillance constante comme mesure de remplacement de la contention et de l'isolement chez des adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement présentant l'une des conditions suivantes : en delirium, à risque de delirium, de chutes ou de fugues, présentant un risque suicidaire ou des comportements perturbateurs ou agressifs?

b) Quelle est l'efficacité des technologies d'aide à la surveillance comme mesures de remplacement de la contention et de l'isolement chez les personnes à risque de chute ou d'errance?

c) Quelles sont l'innocuité et la sécurité de la surveillance constante pour le patient lui-même, les autres patients et le personnel?

d) Quelles sont l'innocuité et la sécurité des technologies d'aide à la surveillance pour le patient lui-même, les autres patients et le personnel qui effectue la surveillance ?

e) Quels sont les enjeux éthiques et juridiques associés à l'utilisation de la surveillance constante et des technologies d'aide à la surveillance ?

f) Quels sont les coûts directs associés à l'utilisation de la surveillance constante et des technologies d'aide à la surveillance?

3. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

3.1 Contextualisation

La méthodologie de l'ETMIS est basée sur une recherche des faits scientifiques reconnus ainsi que sur la contextualisation de la problématique. Une première mise en contexte, réalisée en collaboration avec un groupe d'experts de plusieurs établissements du RUIS-UL, a permis de caractériser la situation qui prévaut quant à l'utilisation des mesures de contention et des mesures de remplacement dans les différents milieux de soins du RUIS-UL. Ces données ont été recueillies par le biais de la consultation du groupe de travail, d'une enquête par questionnaire (voir Annexe 2) et de l'analyse de contenu de groupes de discussion tenus avec des intervenants et gestionnaires des différents milieux. La méthodologie associée à l'enquête par questionnaire et aux groupes de discussion est décrite de manière détaillée dans le rapport sur le portrait des pratiques (UETMIS-CHU de Québec, à paraître). La répartition des établissements et milieux de soins du RUIS-UL ayant participé à ce projet d'évaluation est présentée au Tableau 2. Dans le cadre du présent rapport, des informations sur les politiques entourant l'utilisation de la SC et des AS ainsi que sur les enjeux éthiques et juridiques propres à chaque milieu et au contexte législatif québécois ont été recherchées dans la littérature grise. Les coûts associés à ces modes d'intervention ont également été évalués en fonction du contexte québécois et, plus spécifiquement, en fonction des différents milieux de soins sondés.

Quatre types de milieux de soins, totalisant 39 milieux répartis dans 20 établissements du RUIS-UL, sont considérés dans le présent rapport :

1. Soins de courte durée en psychiatrie (CDP; n = 9)
2. Soins de longue durée en gériatrie (LDG; n = 16)
3. Soins de courte durée autre clientèle (médecine, chirurgie, gériatrie; CDA; n = 11)
4. Autres milieux (Autres; n = 3; réadaptation en déficience intellectuelle ou physique).

TABLEAU 2 – RÉPARTITION DES ÉTABLISSEMENTS ET MILIEUX DE SOINS AYANT PARTICIPÉ AU PROJET SELON LA RÉGION DU RUIS-UL

Type de région	Région du RUIS-UL	Établissement	Milieu de soins n
Universitaire	03	CHUQ	3
	03	IUSMQ	4
	03	CHA	3
	03	CSSS Vielle-Capitale	2
	03	IRD PQ	1
Sous-total = 5 (25 %)			13 (33,3 %)
Périphérique	12	CSSS Alphonse-Desjardins	1
	12	CRDI Chaudière-Appalaches	1
	12	CSSS Montmagny-L'Islet	3
Sous-total = 3 (15 %)			5 (12,9 %)
Intermédiaires	01	CSSS de la Mitis	3
	01	CSSS Rimouski-Neigette	3
	01	CRDI Bas-St-Laurent	1
	02	CSSS Cleophas-Claveau	1
Sous-total = 4 (20 %)			8 (20,5 %)
Éloignées	09	CSSS de Sept-Îles	1
	09	CSSS de Sept-Îles - CHSLD Gustave-Gauvreau	1
	09	CSSS de la Minganie	1
	09	CSSS de la Haute-Côte-Nord - Les Escoumins	1
	09	CSSS de la Haute-Côte-Nord - Forestville	1
	09	CSSS de Manicouagan	1
	11	CSSS du Rocher-Percé	3
	11	CSSS de la Côte-de-Gaspé	4
Sous-total = 8 (40 %)			13 (33,3 %)
Total = 20			39

3.2 Recherche documentaire

La recherche de données scientifiques dans les bases électroniques a été effectuée pour chacune des questions d'évaluation. Les sites Internet d'organismes d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) et des regroupements et associations de professionnels de la santé (p. ex., soins infirmiers, psychologues) ont été consultés afin de rechercher des rapports d'évaluation et des guides de pratique pertinents. La liste des organismes consultés est présentée à l'Annexe 3. Les bases de données scientifiques PubMed (Medline), Embase, *The Cochrane Library* et *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) ont été interrogées afin de localiser des articles portant sur l'efficacité de la SC et des AS, sur les aspects de sécurité et d'innocuité, sur les coûts ainsi que sur les aspects éthiques et juridiques qui leur sont associés. Les bases de données PsychInfo et ETHXWeb ont également été explorées afin de localiser des publications traitant des aspects éthiques et juridiques entourant la surveillance des patients hospitalisés ou en centre d'hébergement. La liste des références de tous les articles retenus au terme du processus de sélection a été vérifiée manuellement afin d'identifier des études pertinentes supplémentaires. La recherche documentaire dans les bases de données a été effectuée du début de la création de chacune d'elles jusqu'au 2 février 2012 et a été restreinte aux publications de langues anglaise et française. La stratégie de recherche documentaire pour chacun des aspects est présentée de manière détaillée à l'Annexe 4.

La recherche d'informations concernant l'innocuité et la sécurité de la SC et des AS a été effectuée dans les bases de données PubMed, Embase et CINAHL. Des informations supplémentaires ont été recherchées dans les bases de données *Manufacturer and User Facility Device Experience* (MAUDE) de la *US Food and Drug Administration* (FDA). La

base de données MAUDE recueillie, sur une base volontaire, les déclarations d'incidents survenus avec des appareils médicaux aux États-Unis. Elle a été consultée pour la période couvrant le 1er janvier 1995 au 29 avril 2011.

En ce qui concerne la recherche sur les enjeux éthiques et juridiques, une avocate et éthicienne a été consultée par téléphone afin d'établir une démarche adaptée au projet. Une recherche documentaire a été effectuée à partir des bases de données Pubmed (MEDLINE), Embase, CINAHL, PsychInfo et ETHXWeb. Le site de la Commission des droits de la personne a également été consulté. Les codes de déontologie des ordres professionnels des médecins, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes et psychologues ont été explorés afin de connaître leur position à propos la SC et des AS.

Les informations concernant les coûts ont été recueillies par l'entremise d'un questionnaire structuré acheminé à tous les milieux de soins du RUIS-UL représentés sur le groupe de travail interdisciplinaire par l'intermédiaire des intervenants y participant. Une copie du questionnaire est présentée à l'Annexe 5. Une recherche d'information a été effectuée dans les bases de données PubMed (Medline), Embase et CINAHL à titre complémentaire afin d'identifier des publications traitant des coûts liés à la surveillance. Cependant, comme aucun article rapportant des données canadiennes n'a été identifié, l'analyse systématique de ces données ne s'est pas avérée pertinente.

3.2.1 Sélection des études

La sélection des études portant sur l'efficacité a été effectuée de manière indépendante par deux évaluateurs (M.H. et D.L. ou D.L. et L.B.). Une première sélection a été effectuée à partir du titre et du résumé des articles en fonction des critères d'éligibilité et des limites, présentés au Tableau 3, et une deuxième sélection, suite à l'évaluation de la qualité des études. Les désaccords étaient réglés par consensus ou par la consultation du cogestionnaire médical et scientifique de l'UETMIS (M.R.). La sélection des études portant sur la sécurité et l'innocuité, ainsi que sur les aspects éthiques et juridiques a été effectuée par un seul évaluateur (M.H. ou L.B.) et validée par un deuxième (M.R.). La recherche et la sélection des cas dans la banque de données MAUDE ont été effectuées par un seul évaluateur (M.H.).

TABLEAU 3 – CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ET LIMITES SPÉCIFIÉES POUR LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Critères d'inclusion	
Participants	Adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement : en délirium ou à risque de délirium, à risque de chutes, présentant un risque suicidaire, présentant des comportements agressifs envers soi ou autrui ou des comportements perturbateurs (p.ex., fugue, déambulation potentiellement dangereuse)
Interventions	(a) Surveillance constante (b) Technologies d'aide à la surveillance (p.ex. systèmes de localisation GPS, bracelets anti-fugue, appareils de surveillance électronique, alarme au lit et à la chaise)
Comparateurs	(a) Autres niveaux de surveillance directe (p.ex. surveillance intermittente), portes barrées, mesures de contention et d'isolement, contention pharmacologique, autres mesures de remplacement (b) Soins habituels (surveillance directe, mesures de contention et d'isolement), autres mesures de remplacement
Résultats (<i>outcomes</i>)	Taux de suicide, taux d'agression dirigée envers soi ou envers autrui, taux de chutes, taux de fugues, taux de délirium, taux d'utilisation des mesures de contention et d'isolement
Types de documents	<p><u>Efficacité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapports d'ETMIS, revues systématiques avec ou sans méta-analyse, guides de pratiques fondés sur des données probantes - Essais cliniques randomisés - Études observationnelles - Séries de cas, études de cas, consensus d'experts <p><u>Innocuité et sécurité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Études retenues pour l'évaluation de l'efficacité - Recherche spécifique pour toutes les catégories d'études : <ul style="list-style-type: none"> - Rapports d'ETMIS, revues systématiques avec ou sans méta-analyse, guides de pratiques fondés sur des données probantes - Essais cliniques randomisés - Études observationnelles - Études qualitatives (entrevues et questionnaires expérience des patients) - Séries de cas, études de cas, consensus d'experts - Recherche dans la base de données de la FDA (MAUDE) <p><u>Éthique et juridique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Études retenues pour l'évaluation de l'efficacité - Consensus d'experts, lignes directrices - Études qualitatives (entrevues et questionnaires expérience des patients) <p><u>Coûts :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Études coûts-efficacité pratique - Analyses de coûts sondage milieu de soins RUIS-UL
Critères d'exclusion	
Langue autre que le français et l'anglais Études économiques hors Canada Documents législatifs hors Québec	
Limites	
Date de publication	Du début des bases de données jusqu' au 5 mars 2012

3.2.2 Évaluation de la qualité et extraction des données

La qualité des études sur l'efficacité a été évaluée de manière indépendante par deux évaluateurs (M.H. et D.L., ou L.B. et D.L.) à l'aide de grilles standardisées [3]. En ce qui concerne les essais cliniques randomisés (ECR), les critères considérés dans l'évaluation de la qualité incluent, entre autres, la procédure de randomisation, les procédures visant à dissimuler l'allocation des participants aux différentes conditions de traitements (durant le traitement pour le participant et lors de l'évaluation des résultats pour les évaluateurs), ainsi que l'attrition, la perte au suivi et la comparabilité des groupes en début d'étude pour ce qui est des études non randomisées. Des études qualitatives ont également été incluses pour

l'identification des effets indésirables de la SC. Les éléments considérés pour le choix des articles incluaient la rigueur et la reproductibilité de la méthode utilisée ainsi que des analyses statistiques. Les documents dont la qualité était jugée insatisfaisante étaient exclus. En cas de désaccord entre les deux évaluateurs, l'avis du cogestionnaire médical et scientifique (M.R.) était sollicité afin d'atteindre un consensus. La liste des documents exclus ainsi que les raisons d'exclusion sont présentées à l'Annexe 6.

L'extraction des données à partir de la base de données MAUDE a été réalisée par un seul évaluateur (M.H.) et la pertinence des événements rapportés, en termes de lien avec la surveillance, a été analysée de manière indépendante par deux évaluateurs (D.L. et L.B.). Seuls les incidents pour lesquels une relation de causalité avec l'utilisation de la surveillance ou d'une AS était identifiable ont été considérés et sont rapportés ici. En cas de désaccord, l'avis du cogestionnaire médical et scientifique (M.R.) a été sollicité afin d'atteindre un consensus.

La synthèse et l'analyse des données issues du questionnaire sur les coûts ont été réalisées par un évaluateur (M.C.) et validées par un deuxième (L.B.).

4. INFORMATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT LA SURVEILLANCE

4.1 Définition

Assurer la sécurité de la personne hospitalisée ou hébergée en centre de soins de longue durée fait partie intégrante du mandat et des obligations d'un établissement de soins. La surveillance des patients figure parmi les tâches de plusieurs professionnels de la santé œuvrant en centres de soins de santé et en milieux hospitaliers. Dans le cadre du présent rapport, l'expression « surveillance des patients » doit être distinguée de la surveillance faisant référence à la surveillance des signes et symptômes cliniques (tels les signes vitaux, par exemple). Le terme surveillance, tel qu'il est utilisé ici, fait référence à l'action de surveiller les comportements des patients dans un contexte où ces derniers pourraient représenter une menace à leur sécurité ou à celle d'autrui (p.ex. agressivité, risque suicidaire, déambulation autonome de patients à risque de chutes, errance). La surveillance directe, c'est-à-dire celle qui est effectuée par du personnel, ainsi que plusieurs types de technologies visant à assister la surveillance directe, sont utilisées en contexte de soins afin de pallier à l'utilisation des mesures de contention physique ou chimique et de l'isolement dans des situations où le patient interfère avec des soins essentiels à sa survie, est à risque de chutes ou d'errance, ou présente des comportements d'agression dirigés envers lui-même ou autrui.

Le degré d'intensité de la surveillance directe effectuée auprès des patients peut varier d'un niveau général de surveillance, impliquant une connaissance plus ou moins précise des allées et venues du patient, jusqu'à la SC ou continue, impliquant une garde à vue et à proximité du patient en tout temps. Toutefois, le terme surveillance est large et il n'est pas rare, dans la littérature scientifique, qu'une même appellation renvoie à différents niveaux ou différentes modalités de surveillance. Ce galvaudage terminologique est également omniprésent dans les milieux de soins. Par exemple, plusieurs expressions sont utilisées pour désigner un même niveau de surveillance. Les expressions les plus fréquemment rencontrées pour désigner le niveau le plus élevé de surveillance sont : « surveillance constante », « surveillance étroite », « surveillance spéciale », « surveillance continue », « surveillance un pour un », « surveillance privée » et « surveillance formelle ». Dans le présent rapport, l'expression « surveillance constante » (SC) sera utilisée afin de désigner le niveau le plus élevé de surveillance, c'est-à-dire l'action de garder à vue en tout temps un patient placé sous la surveillance d'un intervenant désigné. C'est ce niveau de surveillance qui fait l'objet d'une analyse approfondie dans le cadre de ce projet d'évaluation.

4.2 Niveaux de surveillance directe

Depuis la publication, en 2002, des orientations ministérielles sur l'encadrement de la contention et de l'isolement, chaque établissement de soins québécois a l'obligation de se doter d'un protocole visant à encadrer l'utilisation de ces mesures exceptionnelles. En 2011, un cadre de référence a également été publié par le MSSS pour guider l'élaboration des protocoles d'utilisation des mesures de contrôle afin que ceux-ci reflètent plus justement le plan d'action ministériel [4]. En revanche, l'utilisation des mesures de remplacement, bien qu'elle soit très fortement encouragée, n'est que très peu balisée. Il en va de même pour le recours à la surveillance des patients comme mesure de remplacement de la contention et de l'isolement. On remarque que le niveau de surveillance prescrit en fonction de différentes situations peut varier d'un milieu à l'autre, selon les politiques en place dans le milieu et selon la clientèle desservie, mais il peut également varier à l'intérieur même d'une unité de soins, voire d'un prescripteur à l'autre, selon la perception de l'intervenant qui prescrit la surveillance.

Afin de contourner cette difficulté, notamment en ce qui concerne le niveau de surveillance requis, certains établissements se sont dotés de protocoles dans lesquels sont clairement précisés les niveaux de surveillance à instaurer selon le risque à la sécurité présenté par les patients ainsi que les actions concrètes qui y sont rattachées. Cette mesure vise à minimiser la confusion terminologique et à baliser clairement l'utilisation de cette intervention. Par exemple, selon le protocole de l'IUSMQ, « un niveau de surveillance (constante, étroite ou discrète) s'applique lorsque le patient présente un risque de dangerosité pour lui-même ou pour autrui. En cas contraire, une surveillance dite normale s'effectue en vertu des obligations de l'établissement à l'égard des patients. Les modalités de cette surveillance sont établies dans chaque secteur d'activités en fonction des caractéristiques de la clientèle et de la mission du secteur ». La définition des différents

niveaux de surveillance de l'IUSMQ est présentée au Tableau 4 tandis que la prescription des différents niveaux de surveillance en fonction du degré de dangerosité du patient ainsi que les mesures supplémentaires prises pour assurer la sécurité des patients sont présentées au Tableau 5.

TABLEAU 4 – DÉFINITIONS DES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE SURVEILLANCE À L'IUSMQ

Niveau de la surveillance	Définition
Constante	Présence continue par un membre du personnel désigné auprès du patient. Celui-ci ne peut être laissé seul à aucun moment.
Étroite	Surveillance aux 15 minutes ou plus souvent si requis et implique que les intervenants savent en tout temps où est le patient et ce qu'il fait.
Discrète	Surveillance aux 30 minutes ou plus souvent si requis et implique que les intervenants connaissent les déplacements du patient. Ce niveau de surveillance se distingue de la tournée générale effectuée régulièrement sur les unités dans la mesure où le patient visé doit être localisé de façon spécifique.

Source : Manuel de gestion des niveaux de surveillance de l'IUSMQ

TABLEAU 5 – PRESCRIPTIONS DU NIVEAU DE SURVEILLANCE EN FONCTION DE LA DANGEROUSITÉ À L'IUSMQ

Manuel de gestion NIVEAUX DE SURVEILLANCE				
	DISCRÈTE	ÉTROITE		CONSTANTE
Niveau de dangerosité pour lui-même ou l'entourage		Léger	Modéré	Élevé
Ordonnance médicale	Non	Oui	Oui	Oui
Période de validité de l'ordonnance	N/A	72 heures ou prochain jour ouvrable	24 heures	24 heures
Moyens	Tournées sur l'unité	Tournées sur l'unité	Présence continue auprès du patient	Présence continue auprès du patient
Fréquence de la surveillance	Aux 30 minutes ou plus souvent si requis Sauf si sorties extérieures de plus de 30 minutes autorisées par le médecin	Aux 15 minutes ou plus souvent si requis Une attention particulière doit être portée lorsque le patient est à la toilette ou à la douche Demander de ne pas fermer la porte à clé	Continue Une présence doit être assurée lorsque le patient est à la toilette ou à la douche	Continue Une présence doit être assurée lorsque le patient est à la toilette ou à la douche
Interventions ☐ Effets personnels (briquet, bijoux, cigarettes, etc.) ☐ Objets apportés par les visiteurs ☐ Fouille et saisie	Autorisés sauf si indication contraire Procéder à une vérification si pertinent Mesure exceptionnelle selon les politiques et procédures en vigueur	Limitation des objets selon l'état clinique Procéder à une vérification en tout temps Mesure exceptionnelle selon les politiques et procédures en vigueur	Limitation des objets selon l'état clinique Procéder à une vérification en tout temps Mesure exceptionnelle selon les politiques et procédures en vigueur	Limitation des objets selon l'état clinique Procéder à une vérification en tout temps Mesure exceptionnelle selon les politiques et procédures en vigueur
Port de vêtements	Vêtements personnels ou vêtements d'hôpital si indiqué	Vêtements d'hôpital ou vêtements personnels si indiqué	Vêtements d'hôpital ou vêtements personnels si indiqué	Vêtements d'hôpital ou vêtements personnels si indiqué
Sorties hors unité	Sorties selon ordonnance médicale	Aucune sortie sauf si traitement ou examen urgent (accompagné en tout temps)	Aucune sortie sauf si traitement ou examen urgent (accompagné en tout temps)	Aucune sortie sauf si traitement ou examen urgent (accompagné en tout temps)

Source : Manuel de gestion des niveaux de surveillance de l'IUSMQ

4.3 Populations ciblées

Une étude de synthèse ayant examiné le profil d'utilisation des mesures de contrôle dans divers pays met en évidence la disparité dans la fréquence d'utilisation des mesures de contrôle [5]. D'après les résultats de cette étude, la décision de recourir aux mesures de contention varierait selon les cultures et les pays. Entre autres, ces mesures seraient souvent utilisées au Canada, en Australie et aux États-Unis, par comparaison à certains pays du Royaume-Uni, dont la Grande Bretagne, où les contentions sont beaucoup moins utilisées chez les personnes âgées. Selon cette étude, les personnes très âgées, celles ayant des déficits cognitifs, celles ayant une maladie grave, celles ayant une maladie psychiatrique, celles présentant un risque élevé de chutes, ainsi que celles qui dépendent d'autrui pour les activités de la vie quotidiennes seraient les plus sujettes à recevoir une intervention impliquant une mesure de contention. Les mesures

d'isolement seraient quant à elles davantage utilisées avec des personnes souffrant d'un trouble psychiatrique et présentant des comportements d'agitation ou de violence à l'endroit d'autrui. Puisque les mesures de remplacement sont préconisées en première intention, on peut penser que ces personnes seraient plus susceptibles de faire l'objet d'une surveillance accrue ou de recevoir une intervention faisant appel à une technologie d'AS durant leur trajectoire de soins.

Dans les milieux de soins psychiatriques, il appert qu'une surveillance accrue sera surtout prescrite chez les patients agités et présentant un risque d'agression envers eux-mêmes ou autrui, ou chez les patients présentant un risque suicidaire. Le niveau de surveillance prescrit dépendra de plusieurs facteurs dont la présentation des symptômes et des comportements mettant en danger la sécurité du patient lui-même ou celle d'autrui. Lorsque les risques associés à ces problématiques sont élevés et que le patient présente un risque imminent, une SC sera prescrite.

En centres d'hébergement et de soins de longue durée, les patients davantage visés par ces mesures seraient les personnes très âgées, présentant un risque élevé de chutes, ou aux prises avec des troubles cognitifs et présentant des comportements d'errance ou de l'agitation. De façon générale, les technologies d'AS seront davantage utilisées que la SC dans ces contextes de soins.

En contexte de soins de courte durée pour les clientèles autres que la psychiatrie (CDA; médecine, chirurgie, gériatrie), les patients à risque de chutes, les patients agités, confus, désorientés ou en délirium présentant des comportements pouvant interférer avec un traitement critique à leur survie seraient davantage visés par des mesures de surveillance accrue.

4.4 Technologies d'aide à la surveillance

Afin de pallier à l'utilisation des mesures de contention, tout en évitant d'accroître le niveau de surveillance directe, l'une des alternatives proposées est l'utilisation d'aides électroniques à la surveillance. Diverses technologies visant à fournir une assistance au personnel infirmier ont été développées au cours des dernières décennies. Elles comprennent entre autres les systèmes d'alarme à la chaise, les alarmes de lit, les bandes adhésives (*patch*) et les tapis sensitifs. Ces technologies sont utilisées comme complément à la surveillance directe pour aviser le personnel que la personne s'est levée de son lit ou de sa chaise. En plus d'assumer que la technologie fonctionne efficacement, leur utilisation repose sur l'hypothèse que le personnel pourra intervenir assez rapidement pour se rendre au chevet du patient lorsque l'alarme est déclenchée. Plusieurs compagnies ont mis en marché des systèmes d'AS visant à détecter le mouvement et à alerter le personnel par l'entremise d'un signal sonore ou visuel, mais des systèmes développés par les ingénieurs travaillant dans les plus gros milieux de soins sont aussi utilisés. Assurer la sécurité des personnes ayant une démence représente également un défi pour les milieux de soins car plusieurs présentent des problématiques reliées à l'errance et sont ainsi plus à risques de se perdre ou de se blesser. En guise d'alternatives à la contention, certaines technologies, dont l'identification électronique (GPS) et les bracelets anti-fugues, peuvent être utilisées pour baliser l'errance, la rendre plus sécuritaire et pour prévenir les fugues. Il est important de préciser que ces technologies ne visent pas à remplacer la surveillance des patients, mais bien à assister le personnel dans cette tâche. Ces technologies d'AS sont surtout utilisées chez la clientèle gériatrique, mais peuvent aussi l'être sensiblement pour les mêmes fins dans les milieux de soins de réadaptation avec une clientèle de tout âge [6, 7].

4.5 Utilisation de la surveillance et des aides à la surveillance dans les milieux du RUIS-UL

Le recours aux différentes mesures de contrôle et de remplacement dans les milieux de soins du RUIS-UL a d'abord été répertorié et analysé par l'entremise de l'enquête par questionnaire conduite auprès des 39 milieux de soins (UETMIS-CHU de Québec, à paraître). L'une des questions portait sur les mesures de remplacement de la contention et de l'isolement les plus utilisées dans le milieu de soins du répondant. Le Tableau 6 présente les principales mesures alternatives mentionnées par les répondants. Comme l'indiquent ces résultats, les technologies d'AS et la surveillance directe (effectuée par du personnel) figurent parmi les mesures les plus fréquemment rapportées, respectivement dans 59% et 36 % des milieux de soins. La répartition de l'utilisation selon les types de milieux montre que le recours à l'une ou l'autre modalité de surveillance peut varier grandement d'un milieu à l'autre, probablement en fonction de la clientèle visée par ces mesures. À titre d'exemple, il est intéressant de noter que les AS figurent parmi les mesures les plus utilisées dans la totalité des milieux de soins de courte durée pour les clientèles autres que psychiatriques (CDA; médecine, chirurgie, gériatrie), tandis qu'aucun milieu de courte durée en psychiatrie (CDP) ne mentionne ces aides parmi

les mesures les plus fréquemment utilisées. La surveillance par un membre du personnel, incluant la SC, figure parmi les approches les plus souvent rapportées dans les milieux de CDP et dans les milieux de réadaptation en déficience physique ou intellectuelle (Autres).

TABEAU 6 – CATÉGORIES DE MESURES DE REMPLACEMENT LES PLUS FRÉQUEMMENT RAPPORTÉES SELON LES MILIEUX DE SOINS

Milieux de soins	LD n=16	CDP n=9	CDA n=11	AUTRES n=3	TOTAL n=39
Système de surveillance et de mobilité	63%	0%	100%	67%	59%
Activités planifiées**	50%	22%	45%	67%	44 %
Approche comportementale	31%	89 %	0 %	67 %	38 %
Surveillance par un membre du personnel	13%	56%	45%	67 %	36 %
Autre type de matériel	56 %	0%	45 %	0 %	36 %
Environnement	44%	11%	9%	67%	28%

LD : soins de longue durée; CDP : soins de courte durée en psychiatrie; CDA : soins de courte durée autres (médecine, chirurgie, gériatrie); Autres : réadaptation en déficience intellectuelle ou physique.

** Plusieurs types d'activités ont été regroupés sous cette rubrique, incluant des activités sociales, de loisirs et des activités physiques et ce, qu'elles soient ou non associées à une intention thérapeutique a priori. L'expression « activités occupationnelles » était souvent utilisée par les répondants de l'enquête par questionnaire mais cette expression ne fait pas consensus dans les milieux entre les différents intervenants et l'expression activités planifiées nous a semblé refléter plus justement la nature des activités regroupées sous cette rubrique.

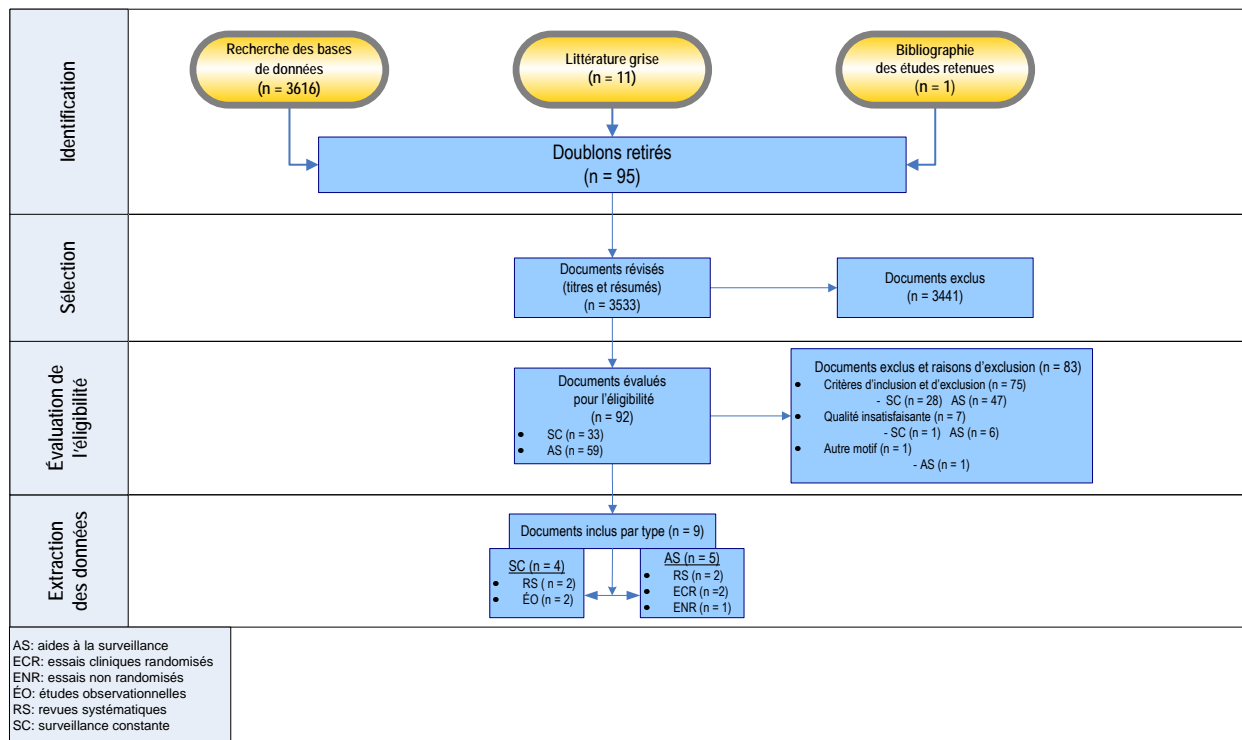
5. RÉSULTATS : SURVEILLANCE CONSTANTE

5.1 Efficacité

5.1.1 Résultats de la recherche documentaire

La Figure 1 présente le diagramme de sélection des documents pour la recherche documentaire portant sur l'efficacité de la surveillance. Une seule recherche combinant les mots-clés pour les deux types de surveillance (SC et AS) a été faite. Le nombre de documents retenus pour chaque type de surveillance est précisé. Les mots-clés ayant servi à interroger les bases de données ainsi que la stratégie d'interrogation sont présentées à l'Annexe 4. Au total, la recherche documentaire a permis d'identifier cinq études sur l'efficacité de la SC répondant aux critères d'éligibilité prédéterminés : deux revues systématiques [8, 9] et deux études observationnelles [10, 11] ont été incluses. Une étude a été rejetée en raison d'une qualité méthodologique insatisfaisante [12] (voir Annexe 6).

FIGURE 1 – DIAGRAMME DE SÉLECTION DES DOCUMENTS PORTANT SUR L'EFFICACITÉ DE LA SURVEILLANCE



5.1.2 Études de synthèse

Deux revues systématiques ayant recherché des études portant sur la SC ont été retenues suite à l'évaluation de l'éligibilité. Les principales caractéristiques et conclusions de ces études de synthèse sont présentées au Tableau 7.

La revue de Muralidharan et Fenton, publiée en 2006 par la collaboration Cochrane, porte sur les méthodes de contention utilisées auprès de personnes ayant des troubles mentaux graves et a recherché des études jusqu'en 2006 [8]. Aucune étude portant sur l'efficacité de la SC n'a été incluse ni même localisée dans le cadre de cette recherche. Toutefois, les auteurs de cette revue systématique n'ont recherché que des ECR. Ceci représente une limite puisque, dans le présent contexte, la difficulté que pose la randomisation est manifeste compte tenu de la problématique à l'étude et de la nature de l'intervention, qui est une mesure de dernier recours, utilisée avec des patients présentant un risque élevé pour leur sécurité et celle d'autrui. Puisque cette problématique se prête mal au devis de l'ECR, des études ayant recours à des devis plus adaptés et conduites de façon méthodologiquement rigoureuse auraient pu être recherchées.

L'étude de Manna, publiée en 2010, porte spécifiquement sur l'efficacité clinique de la SC à prévenir les agressions et les blessures chez des personnes aux prises hospitalisées en milieux de soins psychiatriques [9]. N'ayant pas localisé d'ECR, l'auteur a recherché et évalué des études ayant recours à divers devis méthodologiques. Selon lui, la revue des études ayant recours à des devis autres que l'ECR a permis de dégager des pistes de réflexion intéressantes. Néanmoins, à l'instar de Muralidharan et Fenton, Manna conclut au manque de données probantes issues d'études rigoureuses et recommande la prudence dans l'interprétation des preuves disponibles.

TABEAU 7 – CARACTÉRISTIQUES ET CONCLUSIONS DES ÉTUDES DE SYNTHÈSE AYANT RECHERCHÉ DES ÉTUDES SUR L'EFFICACITÉ DE LA SURVEILLANCE CONSTANTE

Auteurs (organisation), année [réf.]	Période couverte	Population	Interventions	n études	Conclusions
Muralidharan & Fenton (The Cochrane Collaboration) 2006 [8]	Jusqu'en 2006	Personnes hospitalisées ayant un trouble psychiatrique grave, à risque de se blesser ou de blesser autrui	Niveau de surveillance accru, médication prescrite par infirmière, unités sous clé, techniques de gestion de crise (désamorçage), contrat comportemental, augmentation du personnel de soins	0 étude identifiée* * n'ont recherché que des ECR	Manque de données probantes issues d'études contrôlées. Les approches non pharmacologiques utilisées actuellement en pratique clinique comme mesure de remplacement de la contention ne reposent pas sur des appuis empiriques et leur utilisation répandue dans ce contexte est difficile à justifier.
Manna 2010 [9]	1996-2009	Milieux psychiatriques	Surveillance par le personnel infirmier-niveaux variables : - surveillance de routine/ - vérifications aux 15-30 minutes/ - constante ou continue (groupe)/ - un à un	n = 10	Aucun ECR, ce qui limite la qualité des preuves - La recherche qualitative disponible n'est pas en mesure de démontrer une relation directe entre la surveillance et la prévention d'incidents. - Identifie des manques à combler dans la littérature

5.1.3 Études originales

L'évaluation de l'efficacité de la SC n'a fait l'objet que de très peu d'études empiriques. D'ailleurs, aucun ECR n'a été répertorié sur cette question. Les études associées à des niveaux de preuve moindres ont, par conséquent, été recherchées. Seules une étude quasi-expérimentale [12] et deux études corrélationnelles [10, 11] ont été localisées. L'étude quasi-expérimentale avec contrôle historique a été exclue en raison d'une qualité méthodologique insatisfaisante.

Les principales caractéristiques des études observationnelles retenues sont résumées au Tableau 8. Elles avaient toutes deux pour objectif d'évaluer les relations entre la SC et la surveillance intermittente (SI) et le taux d'auto-agressions (p.ex., automutilation, tentative de suicide, suicide complété), en contrôlant l'effet de plusieurs facteurs pouvant avoir une incidence sur la relation entre ces variables. Dans l'étude transversale de Bowers *et al.* (2008), la collecte d'information s'est déroulée sur une période de six mois dans 136 unités de soins psychiatriques [11]. Aucune relation entre le taux d'utilisation de la SC et le taux d'auto-agressions n'a été observée. En d'autres termes, le nombre d'incidents d'auto-agressions ne semblait pas influencé par le taux d'utilisation de la SC. En revanche, les résultats montrent une relation inversement proportionnelle entre le taux d'utilisation de la SI et le taux d'auto-agressions, c'est-à-dire qu'un taux plus élevé d'utilisation de la SI serait associé à une diminution du taux d'auto-agressions. Selon les auteurs, ce résultat serait surprenant, voire contre-intuitif, si l'on considère que l'objectif poursuivi en augmentant le niveau de surveillance est de resserrer l'intervention en présence d'un risque perçu comme étant plus élevé. Or, ici, un niveau moins intense de surveillance (SI) est associé à une diminution du taux d'incidents d'auto-agression, tandis que le niveau le plus élevé de surveillance ne semble pas l'être. Dans l'étude de Stewart *et al.* (2009), la relation entre ces mêmes variables a été

explorée dans le cadre d'un devis longitudinal visant à étudier les patrons d'utilisation de la SC dans le temps et ses effets sur le taux d'auto-agressions [10]. Les données provenant de 16 unités de soins psychiatriques ont été récoltées sur une période de deux ans et demi. À l'instar des résultats de l'étude de Bowers *et al.* (2008), aucune relation significative n'a été observée entre le taux d'utilisation de la SC et le taux d'auto-agressions. D'une part, l'utilisation de la SC n'était pas associée à une incidence plus basse d'auto-agressions mesurée la semaine suivante ni ne pouvait prédire le taux d'auto-agressions après que l'influence des autres facteurs considérés dans les analyses ait été contrôlée. D'autre part, une diminution de la SC a été observée pendant la durée de l'étude, passant d'une moyenne de 50,7 heures dans la première semaine à 7,8 heures dans la dernière semaine de l'étude, et ce, sans qu'une augmentation des incidents d'auto-agression n'ait été observée. D'après les auteurs, l'absence de corrélation entre la SC et les incidents d'auto-agression pourrait refléter des lacunes dans la façon dont cette pratique est implantée dans les milieux de soins. Ils citent en exemple un manque de communication entre la personne effectuant la SC et le reste de l'équipe soignante ou encore des difficultés reliées au processus décisionnel concernant le moment prescrit pour débiter et cesser les différents niveaux de surveillance. Néanmoins, d'après les auteurs, les résultats de cette étude et ceux de l'étude de Bowers *et al.* contribuent à semer davantage de doute quant à l'efficacité pratique et à l'utilité de la SC comme mesure de prévention des comportements d'auto-agression.

TABLEAU 8 – CARACTÉRISTIQUES ET RÉSULTATS DES ÉTUDES ORIGINALES

Auteurs, année [réf.]	Type de devis	Taille échantillon	Population	Types d'interventions	Résultats
Bowers <i>et al.</i> 2008 [11]	Transversal	136 unités soins psychiatriques (67 hôpitaux de Londres)	Patients hospitalisés soins psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> • SC • SI 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune association entre SC et taux d'agressions • ↑ SI associée à ↓ taux d'agression
Stewart <i>et al.</i> 2009 [10]	Longitudinal (Suivi 2,5 ans)	16 unités soins psychiatriques (3 hôpitaux de Londres)	Patients hospitalisés soins psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> • SC • SI 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune association entre SC et taux d'agressions • ↑ SI associée à ↓ taux d'agression

5.1.4 Portée des résultats et limites des études sur la surveillance constante

Bien que les deux études originales retenues aient été conduites selon un processus méthodologique rigoureux, l'interprétation des résultats doit être prudente en raison des limites inhérentes au devis corrélationnel. En effet, ce type de devis ne permet pas d'établir de lien de causalité entre les variables, pas plus que la direction de la relation entre les variables. Toutefois, ces études sont très utiles pour soulever des hypothèses à vérifier avec d'autres devis. Dans ce contexte-ci, il n'est pas possible d'affirmer avec certitude si la SI occasionne, à elle seule, une diminution du taux d'incidents d'auto-agressions comparativement à la SC. De plus, concernant l'absence de relation entre la SC et le taux d'auto-agressions, Bowers *et al.* suggèrent qu'il est possible qu'il existe une relation bidirectionnelle entre ces variables [11]. Selon cette hypothèse, les comportements d'auto-agression mèneraient à un niveau accru de SC qui, à leur tour, contribuerait à diminuer le taux de comportements d'auto-agression. Par conséquent, bien que les résultats de ces deux études montrent une relation entre l'utilisation de la SI et une diminution des incidents d'auto-agression, aucun lien de causalité ne peut être inféré, et ce, même si l'influence de plusieurs variables a été contrôlée dans les modèles d'analyse utilisés dans ces deux études.

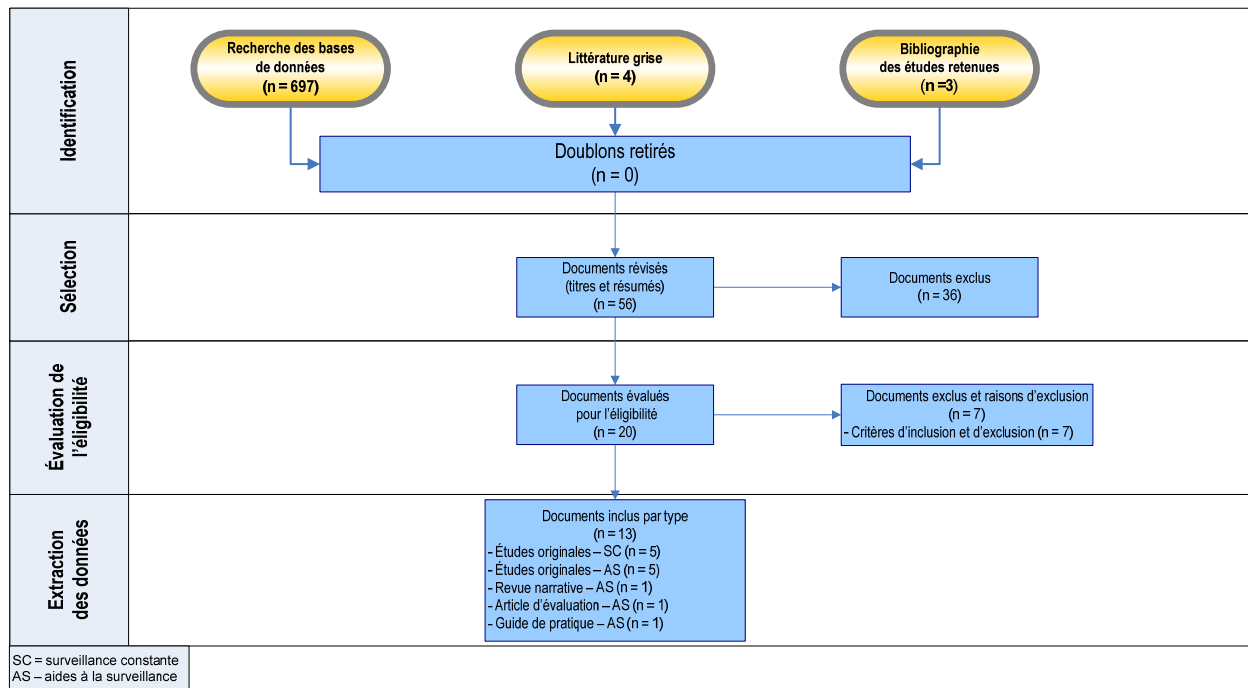
En conclusion, les données probantes disponibles ne permettent pas de se prononcer actuellement sur l'efficacité ou la non-efficacité de la SC ni sur la supériorité d'un niveau de surveillance comparativement à un autre. Bien que les résultats des études corrélationnelles retenues dans le cadre de la présente analyse n'aient pas montré de lien entre la SC des patients à risque et le taux d'agressions, les auteurs s'entendent pour dire que des études contrôlées demeurent essentielles pour mieux définir le rôle de ce mode d'intervention ainsi que les façons optimales de prescrire et d'utiliser les différents niveaux de surveillance dans les milieux de soins.

5.2 Effets indésirables et sécurité

5.2.1 Résultats de la recherche documentaire

La Figure 2 présente le diagramme de sélection des documents pour la recherche documentaire portant sur l'innocuité et la sécurité de la surveillance. Une seule recherche combinant les mots-clés pour les deux types de surveillance (SC et AS) a été faite. Le nombre de documents retenus pour chaque type de surveillance est indiqué dans la figure. Les mots-clés ayant servi à interroger les bases de données ainsi que la stratégie d'interrogation sont présentés à l'Annexe 3. Aucune étude de synthèse n'a été recensée. La recherche documentaire a permis d'identifier cinq études qualitatives originales dans le cadre desquelles sont rapportés des effets indésirables associés à la SC [13-17].

FIGURE 2 – DIAGRAMME DE SÉLECTION DES DOCUMENTS PORTANT SUR LES EFFETS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS À LA SURVEILLANCE



5.2.2 Études originales

Les principales caractéristiques des études originales incluses sont présentées au Tableau 9. Toutes les études ont eu recours à un devis qualitatif pour sonder l'opinion des participants sur leur expérience de la SC. La collecte des données de ces études s'est faite par l'entremise de questionnaires ou d'entrevues semi-structurées auprès d'intervenants directement impliqués dans la SC et de patients ayant reçu de la SC.

TABEAU 9 – CARACTÉRISTIQUES ET RÉSULTATS DES ÉTUDES RAPPORTANT DES EFFETS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS À LA SURVEILLANCE CONSTANTE

Auteurs, année [réf.]	Devis de l'étude	Milieus de soins	Nombre et types de participants	Mode de collecte de données	Effets indésirables rapportés
Cleary <i>et al.</i> 1999 [13]	Qualitatif	1 hôpital psychiatrique	n = 10 - infirmières diplômées	Entrevues semi-structurées individuelles	- Intrusion dans la vie privée des patients peut provoquer de la colère/désorganisation chez le patient - peur pour leur propre sécurité - fatigant, drainant, exigeant - fastidieux (p.ex. quand le patient dort)
Ashaye <i>et al.</i> 1997 [14]	Qualitatif	- 1 hôpital psychiatrique - 1 hôpital général (unité psychiatrique)	n = 26 - patients adultes ayant été sous SC (n = 13) - infirmières les ayant surveillés (n = 13)	Questionnaires auto-administrés	Patients : - Intrusion dans leur vie privée (p.ex. toilettes); - Manque d'information sur les raisons de la SC est déroutant, stressant et ↑ détresse psychologique Infirmières : - Stressant, frustrant
Cardell & Pitula 1999 [15]	Qualitatif (<i>grounded theory</i>)	- 1 hôpital psychiatrique - 2 hôpitaux généraux (unités psychiatriques)	n = 20 - patients adultes suicidaires	Au moins 2 entrevues individuelles non-structurées	- ↓ estime de soi, ↑ du désespoir, anxiété, dysphorie, colère (n = 11); - sentiment d'embarras lorsqu'observé durant soins corporels, toilette (n = 10); - interruption des soins d'hygiène; constipation (n = 5), - sentiment de claustrophobie, manque d'espace ↑ anxiété et irritabilité (n = 7);
Pitula & Cardell 1996 [16]	Qualitatif (approche phénoménologique)	1 hôpital psychiatrique	n = 14 patients (SC entre 16 heures et 3,5 jours)	Entrevues semi-structurées individuelles	Absence d'interaction de soutien, changement de personnel fréquent et manque d'intimité affectent négativement cette expérience.
Fitzgerald-Briggs 1974 [17]	Qualitatif	2 milieux psychiatriques distincts	n = 69 patients n = 24 infirmières	Questionnaire pour les patients Questionnaire pour le personnel infirmier	Patients : détresse causée par le manque d'intimité et violation des droits (restrictions trop nombreuses), sentiment d'être puni, ↑ colère, sentiment d'être infantilisé Personnel infirmier : non questionné sur les effets sur eux-mêmes

↑ : augmentation; ↓ : diminution

Dans l'ensemble, les effets rapportés convergent et font ressortir des inconforts reliés au caractère intrusif de la SC. Du point de vue du patient, cet inconfort engendre une pléthore d'effets indésirables d'ordre psychologique, dont une augmentation de la détresse, de l'anxiété et de la colère. Le manque d'information sur les raisons de la SC augmenterait aussi la détresse des patients [14]. Du point de vue des intervenants, certains effets indésirables liés à la crainte pour leur propre sécurité ainsi qu'à l'aspect ennuyeux et répétitif de la tâche s'ajoutent aux inconforts liés à l'aspect intrusif de la SC.

5.3 Avantages et inconvénients de la surveillance constante rapportés dans les établissements du RUIS-UL

Les avantages et les inconvénients liés à l'utilisation de la SC rapportés par les intervenants et gestionnaires ayant participé aux groupes de discussion menés dans le cadre de ce projet sont présentés ci-dessous et résumés au Tableau 10. Plus de détails sur cette démarche et ses résultats sont disponibles dans le rapport sur le portrait des pratiques (UETMIS-CHU de Québec, à paraître).

Pour plusieurs intervenants, la SC permet de diminuer le recours à la contention et à l'isolement et elle est perçue comme étant très efficace pour contenir des comportements non désirés comme les agressions dirigées envers soi (automutilation, tentatives de suicide), les agressions envers autrui et les comportements sexuels inappropriés (p.ex. exhibitionnisme, attouchements). De plus, elle contribue à préserver la mobilité de la personne, favorisant ainsi le maintien du tonus et de la force musculaire. Pour certains répondants, la SC peut aussi permettre d'identifier les comportements perturbateurs et de les gérer plus efficacement que le recours à la contention et à l'isolement ne l'aurait fait.

Les désavantages qui ont été rapportés avec la SC concernent principalement l'organisation du travail et la gestion du volume de demande en SC. Plusieurs participants mentionnent qu'il s'avère souvent difficile d'obtenir les services des préposés aux bénéficiaires en raison d'une pénurie de main-d'œuvre, de sorte que les établissements doivent recourir aux services d'agents de sécurité pour effectuer cette tâche. De plus, on souligne que les intervenants désignés sont souvent peu expérimentés et ne possèdent pas la formation nécessaire qui leur permettrait de répondre adéquatement aux exigences spécifiques liées à cette tâche dont l'observation, l'évaluation, les interventions physiques et psychologiques. Selon plusieurs répondants, cette pratique peut entraîner des risques pour la sécurité du surveillant et contribuer à l'aggravation de l'état du patient. Entre autres, on mentionne que les agents de sécurité ne sont pas autorisés à toucher le patient, limitant ainsi leur tâche à celle d'informer le personnel soignant en cas de difficulté. Finalement, les coûts associés à la SC sont considérés comme un désavantage important, tant par les intervenants que par les gestionnaires.

TABLEAU 10 – AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS LIÉS À L'UTILISATION DE LA SURVEILLANCE CONSTANTE RAPPORTÉS LORS DES GROUPES DE DISCUSSION MENÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DU RUIS-UL

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> - Garde la mobilité du patient - Diminue le comportement perturbateur - Très efficace - Une évaluation de l'état du patient peut être faite durant la SC 	<ul style="list-style-type: none"> - Agents de sécurité limités dans leurs interventions - Coûte cher - Augmente l'anxiété du patient - Danger pour le personnel peu expérimenté - Pénurie de préposés aux bénéficiaires - On crée un besoin, une habitude chez le patient - Les sous-traitants ne répondent pas aux attentes

6. RÉSULTATS : TECHNOLOGIE D'AIDE À LA SURVEILLANCE

6.1 Efficacité

6.1.1 Résultats de la recherche documentaire

La Figure 1 (page 19) présente le diagramme de sélection des documents pour la recherche documentaire portant sur l'efficacité des technologies d'AS. Les mots-clés ayant servi à interroger les bases de données ainsi que la stratégie d'interrogation sont présentés à l'Annexe 4. Au total, la recherche documentaire a permis d'identifier 11 études portant sur les technologies d'AS et répondant aux critères d'éligibilité prédéterminés. De ces études, six ont été exclues [18-23] après le processus d'évaluation de la qualité méthodologique (voir la liste à l'Annexe 6). Au final, deux revues systématiques ayant recherché des articles portant sur l'efficacité des AS [24, 25] et trois études originales ont été incluses, soit deux essais cliniques randomisés (ECR) [26, 27] et une étude non randomisée [28].

6.1.2 Études de synthèse

Deux études de synthèse ayant recherché des études portant sur l'efficacité des technologies d'AS ont été incluses [24, 25]. Les principales caractéristiques et conclusions de ces études sont présentées au Tableau 11.

La revue d'Oliver *et al.* (2007) porte sur l'efficacité de diverses stratégies de prévention des chutes et des fractures chez des patients hospitalisés et des personnes âgées hébergées en centre de soins de longue durée ainsi que sur l'effet des atteintes cognitives et de la démence sur les chutes [24]. Une seule étude portant sur les AS a été incluse dans cette étude de synthèse [29]. Il s'agit d'une étude clinique prospective ayant utilisé un devis croisé avec contrôle historique. Un moniteur émettant un signal sonore avisant le personnel que la personne s'est levée était inséré dans une bande adhésive collée sur la jambe du patient. Les auteurs mentionnent que, en plus d'avoir un échantillon de petite taille, cette étude présente plusieurs faiblesses méthodologiques qui limitent grandement la portée des résultats et la possibilité de conclure quant à l'efficacité de la technologie à l'étude à réduire les chutes. D'ailleurs, dans le cadre du processus de sélection des documents, cette étude a été exclue par l'UETMIS pour ces mêmes raisons lors de l'évaluation de sa qualité.

La revue de Robinson *et al.* (2006), quant à elle, porte sur l'efficacité pratique d'interventions non-pharmacologiques visant à réduire l'errance chez des patients atteints de démence ainsi que sur l'acceptabilité et les implications éthiques des interventions disponibles [25]. Toutefois, aucune étude portant sur les aides technologiques à la surveillance n'a été incluse dans cette revue.

Les résultats de ces deux études de synthèse sont donc insuffisants pour permettre des conclusions concernant l'efficacité des technologies d'AS et font ressortir le peu d'attention empirique qu'ont reçue ces technologies jusqu'à présent.

TABLEAU 11 – DESCRIPTION SOMMAIRE DES CARACTÉRISTIQUES ET CONCLUSIONS DES ÉTUDES DE SYNTHÈSE AYANT RECHERCHÉ DES ÉTUDES SUR L'EFFICACITÉ DES TECHNOLOGIES D'AIDE À LA SURVEILLANCE

Auteurs, année [réf.]	Période couverte par la recherche	Population	Types d'intervention ou méthode de contention	n études incluses	Conclusions
Oliver <i>et al.</i> 2007 [24]	Jusqu'au 1 ^{er} janvier 2005	Patients hospitalisés ou en centres d'hébergement	Protecteurs de hanches; exercice physique; calcium et vitamine D; révision de médication au dossier; système de localisation à distance (GPS); identification électronique (<i>tagging</i>); composantes multiples	43 *1 étude sur les AS	- Manque de preuves robustes - On ne peut se prononcer sur l'efficacité pratique de ces interventions prises isolément
Robinson <i>et al.</i> 2006/2007 [25]	Jusqu'au 31 mars 2005	Personnes atteintes de démence (tout âge) avec errance	Barrières physiques, contentions physiques, appareils de surveillance électronique, interventions comportementales, interventions interdisciplinaires, distraction, interventions alternatives et sensorielles (p.ex. homéopathie, aromathérapie, massage), modification de l'environnement	10 * Aucune étude sur les AS incluse	- Manque de preuves robustes quant à l'efficacité de ces interventions utilisées seules - Aucune de ces interventions ne peut être recommandée pour le moment

6.1.3 Études originales

Trois études originales, soit deux ECR [26, 27] et une étude pré-post non randomisée [28] ont été incluses suite à l'évaluation de la qualité méthodologique. Les principales caractéristiques de ces études sont présentées au Tableau 12 et les résultats, au Tableau 13.

TABLEAU 12 – DESCRIPTION SOMMAIRE DES ÉTUDES ORIGINALES AYANT ÉVALUÉ L'EFFICACITÉ DE TECHNOLOGIES D'AIDE À LA SURVEILLANCE

Auteurs, année [réf.]	Type de devis	Taille échantillon I/C	Population	Âge moyen (ans)	Types d'interventions (appareils)	Interventions de comparaison	Durée du suivi
Kwok <i>et al.</i> 2006 [26]	ECR	90/90	Patients âgés hospitalisés; à risque de chutes; AVC	76,6	Coussin sensible à la pression relié à une alarme : chaise et lit. (appareils développés par ingénieurs de l'hôpital)	ridelles de lit, contention physique : retenue du tronc, tablette de chaise	Moyenne de 21 jours (durée de l'hospitalisation)
Tideiksaar <i>et al.</i> 1993 [27]	ECR	35/35	Patients âgés hospitalisés; faible mobilité; à risque de chutes	84	Coussin sensible à la pression relié à une alarme : chaise et lit (appareil commercialisé)	Pas de détecteur ridelles de lit; contentions physiques	9 mois
Sahota 2009 [28]	Étude pré-post non randomisée	209 (pré) 153 (post)	Tous patients âgés hospitalisés; (fracture de la hanche)	—	Coussin sensible à la pression relié à alarme: chaise et lit (appareil : non spécifié)	Pas de détecteur autres : non spécifié	24 mois (12 mois pré; 12 post)

NR : non rapporté ; AVC : accident vasculaire cérébral; I : groupe ayant reçu l'intervention; C : groupe contrôle

L'objectif de l'étude de Kwok *et al.* était d'évaluer si l'utilisation d'un système d'AS contribue à la diminution de l'utilisation de méthodes de contention physique chez des personnes âgées en période de rétablissement suite à un accident vasculaire cérébral [26]. Les indicateurs secondaires de résultats incluaient également l'amélioration des résultats

cliniques, en termes de diminution du nombre de chutes et de l'amélioration de la mobilité. La technologie utilisée était constituée d'un coussin sensible à la pression placé sous le siège de la chaise du patient et relié à une alarme avisant le personnel que le patient s'est levé. Aucune différence n'a été observée entre les patients du groupe expérimental et ceux du groupe contrôle. Cet ECR comporte une limite méthodologique importante touchant à l'intégrité du processus de randomisation car le dispositif n'a été utilisé que chez 50 participants parmi les 90 assignés à la condition expérimentale au départ. Bien que la sélection ait été aléatoire, le personnel infirmier avait le choix d'avoir recours au dispositif expérimental ou non même si la personne était randomisée à la condition de traitement. Il n'est pas clair sur quelles bases cette décision était prise. La possibilité que les résultats soient influencés par un biais de sélection n'est pas à exclure car les participants du groupe expérimental n'ont pas tous reçu le même traitement. De plus, la puissance statistique de l'étude pourrait également avoir été affectée par la réduction de presque la moitié de l'échantillon du groupe expérimental. Les résultats de cette étude sont donc à considérer avec beaucoup de réserves.

TABLEAU 13 – SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DES ÉTUDES AYANT ÉVALUÉ L'EFFICACITÉ D'UNE TECHNOLOGIE D'AIDE À LA SURVEILLANCE

Auteurs, année [réf.]	Indicateurs de résultats	Résultats
Kwok et al. 2006 [26]	Primaires : (1) taux d'utilisation des mesures de contention : retenue physique du tronc, ridelles de lit, tablette de chaise; (2) nombre jours avec contention physique Secondaires : taux d'amélioration mobilité et transfert; taux de chutes	➤ Aucune différence significative entre les 2 groupes sur tous les indicateurs
Tideiksaar et al. 1993 [27]	Primaires : nombre de chutes du lit Secondaires : taux d'utilisation de la contention physique et ridelles de lit; diagnostic et médication à l'admission	➤ Pas de différence significative sur nb de chutes ➤ ↓ nb de contentions physiques dans groupe ayant utilisé des alarmes
Sahota 2009 [28]	Chutes du lit et chutes dans périmètre autour du lit	➤ ↓ significative taux de chutes 14,9% pré à 8,2% post;

L'objectif visé par l'étude de Tideiksaar *et al.* était d'évaluer l'efficacité clinique d'un système d'AS à réduire le nombre de chutes chez des patients hospitalisés dans une unité de soins gériatriques [27]. Le coussin sensible à la pression, placé sur le matelas et sous les draps de lit, se déclenche lorsque le patient se lève de son lit. Un signal sonore et visuel est alors transmis sur la console de surveillance au poste du personnel infirmier. L'efficacité de ce système repose donc sur l'hypothèse que le personnel arrivera assez rapidement pour aider la personne à se lever de manière sécuritaire de son lit. Aucune différence significative sur le nombre de chutes n'a été observée entre le groupe ayant eu un alarme au lit par comparaison au groupe ne l'ayant pas eu. Par contre, une différence significative a été observée quant à l'utilisation de la contention, le taux étant moins élevé dans le groupe expérimental. Les auteurs suggèrent l'implication de plusieurs facteurs pouvant expliquer l'absence de différence intergroupe quant au nombre de chutes. Premièrement, le fait qu'il n'y ait eu qu'un petit nombre de chutes du lit limite la possibilité de détecter une différence entre les groupes en raison d'un manque de puissance statistique. Le fait que le personnel infirmier savait qu'une étude était en cours et aurait possiblement pu en deviner les objectifs peut aussi avoir introduit un biais en amenant le personnel à modifier ses comportements habituels (effet Hawthorne). Les auteurs soulignent également que les médecins sur l'unité où s'est déroulée cette étude, tous des résidents ou des spécialistes en gériatrie, seraient possiblement plus sensibilisés à la prévention des chutes chez cette population déjà fragilisée. Une étude similaire réalisée sur une unité de soins généraux aurait possiblement généré des résultats différents. Le taux peu élevé de chutes hors du lit dans le groupe contrôle pourrait également refléter une augmentation de l'utilisation de la contention physique dans ce groupe puisque ces patients étaient aussi identifiés comme étant à risque élevé de chutes, ayant eux aussi obtenu un score de mobilité faible lors de l'évaluation. L'utilisation de demi-ridelles de lit serait un autre facteur qui aurait pu avoir influencé le taux de chutes dans les deux groupes. Pour les auteurs, bien que certaines études aient rapporté un lien entre l'utilisation de ridelles de lit et une augmentation du taux de chutes, le recours par le patient aux demi-ridelles du lit pour s'aider à effectuer le transfert de position pourrait contribuer à diminuer les chutes et non à les augmenter.

Sahota (2009) rapporte les résultats d'une étude de faisabilité visant à évaluer l'efficacité d'un système d'alarme relié à un détecteur de pression placé dans le lit et la chaise de patients hospitalisés dans une unité de soins d'orthopédie gériatrique [28]. L'étude s'est déroulée sur une période de 24 mois et incluait 362 patients ayant subi une fracture de la hanche. Tous les patients admis à l'unité de soins (n = 209) sur une période de 12 mois avant l'implantation de l'intervention d'AS ont été comparés à un groupe de 153 patients admis une période de 12 mois après l'implantation de l'intervention. Les résultats montrent une diminution statistiquement significative du nombre de chutes, passant de 14,9% sans système d'alarme à 8,2% avec système d'alarme, et du nombre de chutes par patient, passant de 0,14 à 0,09. Bien que les résultats de cette étude de faisabilité soient bien décrits, très peu d'information est fournie sur les caractéristiques des patients à l'étude ou sur les analyses statistiques effectuées, ce qui limite la portée de ces résultats et la possibilité de tirer des conclusions robustes.

6.1.4 Synthèse et limites des études originales portant sur les aides à la surveillance

Les études présentées ont, à peu de choses près, examiné des technologies semblables, quoique les modèles aient pu différer d'une étude à l'autre. Comme en témoigne l'analyse de la base de données MAUDE, présentée dans la section 6.2.3 du rapport, chaque modèle comporte ses caractéristiques propres en termes de sensibilité de l'appareil, bris et autres problèmes techniques. Mises à part ces particularités, on peut toutefois penser que les études étaient assez semblables sur le plan de l'intervention. Toutefois, les populations gériatriques différaient quant à la problématique à laquelle faisaient face les patients. Ceci limite la possibilité d'agrégation des résultats et de généralisation des conclusions.

Prévention des chutes

Deux des trois études retenues [26, 27] ne montrent aucune différence significative entre les groupes de patients quant au taux de chutes. Toutefois, les taux de chutes très bas limitent la capacité à détecter une différence sur le plan statistique. Les résultats de l'étude de faisabilité de Sahota, dont la taille de l'échantillon est supérieure aux deux autres études, montrent quant à eux une diminution significative du taux de chutes. Toutefois, ces résultats doivent être considérés avec réserves compte tenu du manque de description de l'échantillon. En conclusion, compte tenu du peu d'études disponibles, de leurs limites méthodologiques et de la disparité des résultats observés, il n'est pas possible de se prononcer quant à l'efficacité de cette technologie à prévenir les chutes chez des patients âgés hospitalisés.

Diminution de la contention

Deux des trois études décrites avaient pour indicateur le taux d'utilisation des mesures de contention comme les ridelles de lit, les tablettes à la chaise ou la retenue physique du tronc à l'aide d'attaches [26, 27]. Compte tenu du petit nombre d'études disponibles, de l'hétérogénéité des résultats entre ces deux études et des limites mentionnées précédemment, aucune conclusion ne peut être tirée quant à l'efficacité de ce type d'AS à diminuer le recours aux méthodes de contention.

6.2 Sécurité et innocuité

6.2.1 Résultats de la recherche documentaire

La Figure 2 (page 22) présente le diagramme de sélection des documents pour la recherche documentaire sur la sécurité et l'innocuité des technologies d'AS. Les mots-clés ayant servi à interroger les bases de données ainsi que la stratégie d'interrogation sont présentés à l'Annexe 4. Au total, la recherche documentaire a permis d'identifier huit études répondant aux critères d'éligibilité prédéterminés dans le cadre desquelles sont rapportés des effets indésirables associés à une technologie d'AS [6, 21, 27, 30-34]. Les principaux effets indésirables rapportés dans ces études sont présentés au Tableau 14.

TABLEAU 14 – EFFETS INDÉSIRABLES RAPPORTÉS DANS LE CADRE DES ÉTUDES AYANT ÉVALUÉ DES TECHNOLOGIES D'AIDE À LA SURVEILLANCE

Auteurs, année [réf.]	Devis de l'étude	Interventions	Effets indésirables rapportés
Tideiksaar, 1993 [27]	ECR	coussin sous drap de lit détectant la pression et alarme	<ul style="list-style-type: none"> • 23% de fausses alarmes • Aucune blessure causée aux patients ou interférence avec soins
Miles 1998 [32]	Cas rapportés	Systèmes de surveillance + ridelles montées	<ul style="list-style-type: none"> • Patient mort coincé dans ridelles du lit (asphyxie) alors que l'alarme du système de surveillance n'a pas été déclenchée
Miskelly, 2004 [21]	Étude expérimentale non randomisée	Bracelets anti-fugues	<ul style="list-style-type: none"> • Quelques fausses alarmes causées par une perte de contact entre la peau pour plus de 60 secondes • Toutes les tentatives de sorties ont été détectées
Aud, 2004 [30]	Étude rétrospective	Bracelets ou systèmes d'alarme à la porte	<ul style="list-style-type: none"> • Patients ont réussi à enlever leur bracelet ou à camoufler le son du bracelet • Personnel soignant n'a pas entendu le son de l'alarme • Personnel soignant n'a pas répondu à l'alarme • Alarme fermée (par le personnel, la famille, le patient, les visiteurs ou autres) • Mauvaise utilisation de l'appareil (instructions d'utilisation non suivies)
ECRI, 2004a [33]	Guide	Guide pour le choix d'un appareil qui convient au type de clientèle	<ul style="list-style-type: none"> • Si le matelas est trop lourd, les senseurs ne pourront détecter si le patient sort du lit et l'alarme ne sonnera pas • Si le patient est très léger, les senseurs ne détecteront possiblement pas la présence du patient ou va sonner à chaque fois que le patient bougera dans son lit • Patients peuvent débrancher certaines alarmes (p.ex. cordelettes) • Fausses alarmes (nuisance)
ECRI, 2004b [34]	Article d'évaluation	Différents appareils de surveillance	<ul style="list-style-type: none"> • Fausses alarmes (nuisance) • Manque de fiabilité • Volume faible • Mauvais fonctionnement • Appareil avec senseurs endommagés • Alarme enlevée par le patient / visiteur/ intervenant • Puissance de la batterie faible
Nelson 2004 [6]	Revue narrative	Plusieurs technologies, dont les moniteurs de chutes	<ul style="list-style-type: none"> • Les intervenants croient qu'ils n'ont pas suffisamment de temps pour se rendre au patient et prévenir la chute. Peut être solutionné en diminuant le temps d'activation, mais augmente le nombre de fausses alarmes • Certains coussins ne sont pas assez sensibles pour détecter un patient de moins de 100 livres (45kg)
Capezuti 2009 [31]	Étude expérimentale non randomisée	Détecteur de mouvements au lit vs idem + système infrarouge	<ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation de deux systèmes (détecteur + infrarouge) était associée à moins de faux positifs que l'utilisation d'un seul système (détecteur) → tendance, p=0,0599

Peu d'études ont documenté les dimensions de sécurité et d'innocuité des AS et elles ont porté sur une diversité de technologies, ce qui limite la possibilité d'agrèger les données et de tirer des conclusions fiables. De plus, dans la plupart des cas, les effets indésirables ou les incidents liés à l'intervention ne sont pas évalués ni rapportés de manière systématique, ce qui constitue une limite dans l'interprétation de ce type de données. Néanmoins, plusieurs incidents ont été rapportés dans les études identifiées. Par exemple, la nuisance liée aux fausses alarmes est fréquemment rapportée pour plusieurs types de systèmes d'AS. Dans certains cas, les patients, leur famille, leurs visiteurs et même du personnel soignant ont désactivé les alarmes, ce qui soulève des préoccupations du point de vue de la sécurité puisque les intervenants peuvent alors se retrouver dans une situation où ils se fient sur les AS alors qu'elles ne sont pas en fonction. Si le patient se lève pendant ce temps, par exemple, ils ne seront pas avisés et le patient pourrait chuter et se blesser.

Des cas de dysfonctionnement du système d'AS ont également été rapportés, dont celui du décès par asphyxie d'un patient coincé dans la ridelle de lit alors que l'alarme du système d'AS ne s'est pas déclenchée [32]. Pour les systèmes de détection des mouvements basés sur la pression (p.ex. coussins sensitifs), des problèmes de fiabilité ont été constatés lorsqu'ils sont utilisés chez des patients très légers [6, 33]. Au-delà de l'efficacité intrinsèque des technologies, des études ont souligné que, même si le système fonctionne bien et que l'alarme indique qu'un patient s'est levé, les intervenants ne seront pas nécessairement disponibles pour se rendre assez rapidement auprès du patient pour prévenir une chute [6, 30].

6.2.2 Recherche dans la base de données MAUDE

Les critères suivants ont guidé la recherche : (1) appareils de surveillance, (2) alarmes reliées à un appareil de surveillance et téléavertisseurs, (3) en lien avec un incident, (4) s'étant produit entre le 1er janvier 1995 et le 29 avril 2011. Les incidents rapportés dont le lien avec la technologie n'était pas clair ou dont la description était incomplète étaient exclus. Les compagnies recherchées incluent Hill-Rom, Invacare Corporation, Medline Industries Inc., Posey Corporation, Skil-Care Corporation, Stanley Healthcare Solution et les marques Bed Check®, Micro-Tech®, Senior Technologies®, TABS® et WanderGuard®.

Au total, 469 incidents ont été retenus. La plupart des événements répertoriés ont été rapportés depuis 2008 (406 sur 469; 87 %). La grande majorité des incidents étaient en lien avec le fonctionnement inadéquat de l'appareil (456 sur 469; 97 %). Onze décès ont été répertoriés. Les chutes, avec ou sans blessure grave, et des patients s'étant levés seuls figurent parmi les événements les plus fréquents. Pour les fins du présent rapport, les appareils ont été divisés en cinq catégories :

1. Le système d'alarme branché sur un détecteur
2. Les détecteurs pour coussin d'alarme sous le matelas
3. Les détecteurs pour coussin d'alarme ou ceinture d'alarme au fauteuil
4. Les détecteurs de mouvements infrarouges
5. Les téléavertisseurs

Systèmes d'alarme

Les systèmes d'alarmes reliés aux appareils détecteurs et les systèmes reliés aux ceintures sont les appareils les plus représentés dans la base de données (363 sur 469; 77 %). Vingt-quatre modèles différents ont été identifiés. L'absence de sonnerie (203 sur 363; 56 %) ou des problèmes avec la sonnerie (sonnerie continue, intermittente, réglage du volume) ont également été rapportés (124 sur 363; 34 %). L'absence d'avertissement sonore aurait contribué au décès de cinq personnes, dont trois par chutes et deux étant restées coincées entre le matelas et les ridelles du lit. Des chutes accompagnées de blessures majeures (p.ex. fractures, lésions importantes au visage) (18 sur 203; 9 %), de blessures mineures ou d'aucune blessure (27 sur 203; 13 %) ont également été rapportées. Parmi les autres incidents rapportés, des difficultés avec la batterie de l'appareil (p.ex. corrosion ou fuite) et le fonctionnement intermittent de l'appareil ont également été mentionnés. Une chute qui a mené au décès d'un patient a été attribuée au fait que l'intervenant n'ait pas eu le temps de se rendre à son chevet assez rapidement. Deux patients auraient chuté, dont un ayant subi une blessure grave, alors que les intervenants n'auraient pas entendu l'alarme. Trois patients qui auraient réussi à détacher la cordelette reliée à l'alarme ou à éteindre l'alarme auraient chuté et seraient décédés. Une chute grave a été répertoriée suite à la fermeture de l'alarme par l'intervenant puisqu'elle sonnait trop fréquemment.

Détecteurs pour coussin d'alarme sous le matelas

Un total de 51 incidents impliquant 16 modèles de détecteurs a été répertorié. Parmi ces incidents, 39 appareils pour coussins détecteurs de mouvements placés sous le matelas n'ont pas déclenché l'alarme alors que le patient s'était levé. Un patient coincé entre les ridelles du lit et le matelas est décédé; l'alarme ne s'était pas déclenchée car sa tête était restée sur le coussin. Un total de 24 chutes, dont 18 avec blessures graves, a été répertorié. Il a également été mentionné que certaines zones sur le coussin ne détectaient pas la pression exercée par le patient.

Détecteurs pour coussin d'alarme ou ceinture d'alarme au fauteuil

Un total de 25 incidents impliquant six modèles de détecteurs pour coussin ou ceinture d'alarme placés au fauteuil a été répertorié. L'appareil de détection n'a pas déclenché l'alarme dans 19 des incidents rapportés. Parmi ces cas, cinq patients ont chuté; un patient est décédé des suites de la chute et deux autres ont subi des blessures graves.

Détecteurs de mouvements infrarouges

Vingt-deux incidents répertoriés ont impliqué des détecteurs de mouvements utilisant un dispositif de lecteur infrarouge. L'absence du déclenchement de l'alarme ou de l'absence de réception du signal par l'intervenant ainsi qu'un fonctionnement intermittent de l'appareil sont les principaux incidents répertoriés (19 sur 22; 86 %).

Téléavertisseurs

Huit incidents concernant trois modèles différents de téléavertisseurs utilisés par des intervenants ont été rapportés. Parmi les incidents, quatre étaient dus à l'absence de réception du signal (4 sur 8; 50 %). Deux chutes du même patient ont été répertoriées.

Autres événements

Certains incidents seraient survenus suite à une mauvaise utilisation de l'appareil. Par exemple, un intervenant aurait branché l'alarme à une prise téléphonique plutôt qu'à la prise reliée au poste des infirmières et un patient serait décédé suite à une chute durant ce quart de travail. Une mauvaise programmation d'un appareil aurait occasionné le dysfonctionnement du système d'enregistrement des voix, lorsque le patient s'est levé aucun son n'a été entendu donc l'intervenant ne s'est pas rendu à son chevet et il y a eu chute avec fracture à la figure. D'autres événements tels que l'oubli de mettre des piles dans un appareil, des fils trop longs reliés à un moniteur occasionnant un mauvais fonctionnement ont été répertoriés. Deux incidents impliquant des visiteurs ayant trébuché dans les fils des appareils ont également été rapportés; des chutes avec conséquences graves ont été associées à ces incidents.

Limites de cette démarche

La base de données MAUDE de la FDA est un outil d'information complémentaire à l'information répertoriée dans la documentation scientifique et doit être utilisée comme tel. Les incidents répertoriés dans cette base de données surviennent, dans bien des cas, dans un contexte de soins différent de celui d'études comparatives, les patients n'étant pas sélectionnés et l'environnement pas aussi contrôlé. Dans le contexte des appareils de surveillance, plusieurs limites ont été identifiées concernant cette base de données. Les incidents étant rapportés sur une base volontaire, il est raisonnable de penser que le nombre réel d'incidents survenus serait largement supérieur au nombre de cas déclarés. On peut penser que la peur associée à une poursuite judiciaire pourrait contribuer à la tendance à sous rapporter. Lors de cette recherche, il a été difficile de bien discerner certains événements rapportés plusieurs fois dans la base de données. Il est possible qu'un même incident ait été sélectionné plus d'une fois ou que plusieurs incidents distincts aient été considérés comme étant un événement unique. Puisque la surveillance d'un patient implique à la fois l'utilisation d'un appareil détecteur, d'un système d'alarme et, quelque fois, d'un transmetteur pour téléavertisseur, il est possible que la personne rapportant l'incident n'ait pas identifié correctement l'appareil défectueux. Cependant, selon l'information disponible, une vérification a été faite dans la plupart des incidents portant sur des appareils de détection. De plus, pour plusieurs incidents rapportés, il est fait mention de l'analyse effectuée par le fabricant concernant le retour de l'appareil défectueux. Malgré toutes ces précautions, les données extraites de cette base de données doivent être interprétées avec prudence, en tenant compte de ces limites.

En conclusion, la plupart des incidents répertoriés dans la base de données MAUDE de la FDA sont en lien avec le fonctionnement inadéquat d'appareils d'AS. Lorsqu'on en fait le décompte, il appert que la majorité des incidents n'aient pas entraîné de conséquence grave. Par contre, 11 décès ont été rapportés parmi les patients chez lesquels on utilisait un appareil d'AS.

Les défauts pouvant survenir avec des appareils d'AS sont diverses et semblent affecter plusieurs parties des appareils (p.ex. une mauvaise connexion entre le détecteur et l'alarme, le fonctionnement intermittent de la sonnerie ou de l'appareil lui-même). On note également des altérations de l'appareil possiblement occasionnées par l'usure, dont la corrosion ou des fuites provenant du compartiment de piles. Certains incidents sont directement liés à l'erreur humaine, comme un mauvais branchement, par exemple. Ces défauts, couplés à la possibilité que le personnel n'ait pas le temps de se rendre au chevet du patient avant que ce dernier ne se soit levé, appuient l'idée qu'aucun type d'appareil n'élimine complètement les risques de chutes, même lorsque ce dernier est installé correctement et que du personnel bien formé et aux aguets est en place.

6.3 Avantages et inconvénients des aides à la surveillance rapportés dans les établissements du RUIS-UL

Les avantages et les inconvénients liés à l'utilisation des AS rapportés par les intervenants et gestionnaires ayant participé aux groupes de discussion menés dans le cadre de ce projet d'évaluation sont résumés ci-dessous. Plus de détails sur cette démarche et ses résultats sont disponibles dans le rapport sur le portrait des pratiques (UETMIS-CHU de Québec, à paraître).

Parmi les avantages, plusieurs intervenants mentionnent que ces mesures permettraient non seulement de diminuer le recours à la contention et à l'isolement, mais aussi de rehausser la sécurité, entre autres car certaines technologies d'AS contribuent à la diminution des chutes et des blessures qui en résultent. Un autre avantage est de préserver la mobilité de la personne et, par le fait même, le maintien du tonus et de la force musculaire. Les AS (p.ex. bracelets anti-fugues) peuvent également être utiles pour faire face de manière plus optimale à certains comportements qui auraient mené à l'utilisation de la contention, dont l'agressivité, l'agitation et l'errance.

En contrepartie, certaines technologies d'AS connaissent des ratés, dont les fausses alertes fréquentes associées aux alarmes de chaises ou de lits. La sonnerie récurrente des alarmes incommode le patient lui-même, les autres patients, la famille et les intervenants. Cette situation peut amener certains patients à désactiver eux-mêmes l'appareil. Selon l'information recueillie, certains types d'appareils ne fonctionnent pas aussi bien à l'intérieur de murs de béton. Dans certains milieux de soins, ces appareils peuvent interférer entre eux et sonner, par exemple, sur plus d'un étage à la fois empêchant ainsi de localiser le patient qui est en situation de danger. Les bris et les défauts sont également fréquents selon les intervenants et les gestionnaires. Par ailleurs, les intervenants ont également mentionné qu'ils n'avaient pas toujours le temps ou la disponibilité de se rendre au chevet du patient lorsque l'alarme sonne. D'ailleurs, il appert qu'aucune balise ne soit spécifiée en ce qui concerne l'application ou le retrait d'un système de surveillance. En dépit des ratés technologiques, certains intervenants mentionnent que ces technologies génèrent un sentiment de sécurité, qu'ils qualifient de fausse sécurité puisqu'ils ne savent jamais si l'appareil fonctionnera adéquatement. Enfin, ces appareils s'avèrent difficiles à réparer et coûteux à l'achat.

TABLEAU 15 – AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS LIÉS À L'UTILISATION DES AIDES À LA SURVEILLANCE RAPPORTÉS LORS DES GROUPES DE DISCUSSION MENÉS DANS DES ÉTABLISSEMENTS DU RUIS-UL

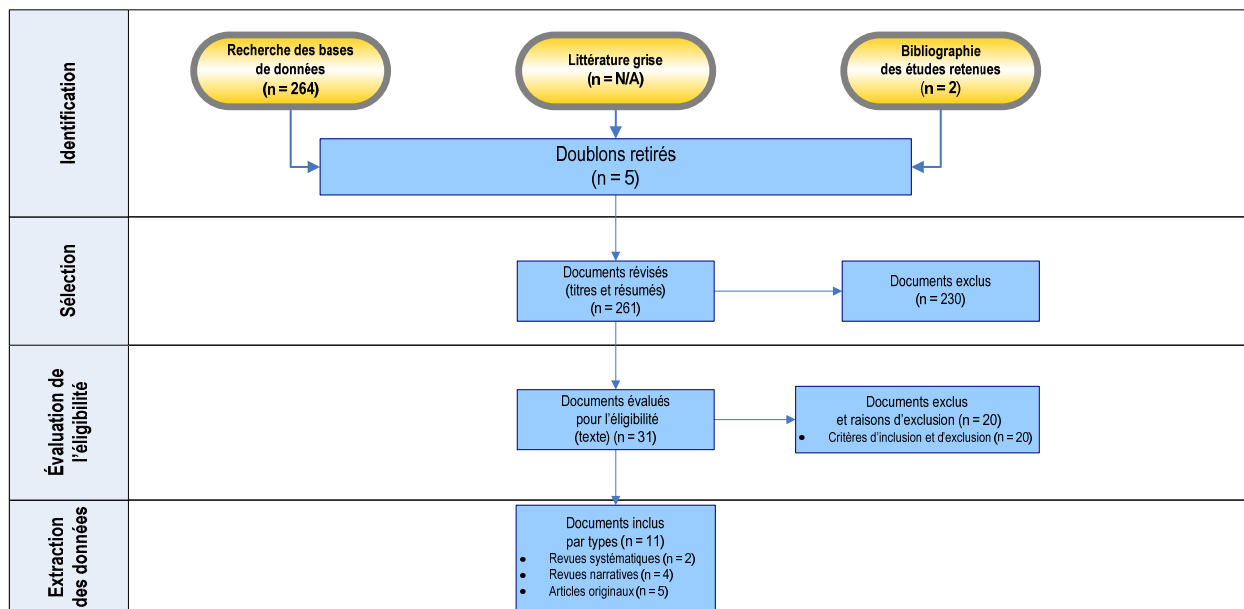
Alternative	Avantages	Désavantages
Système de mobilité et détecteur de mouvement avec alarme	Évite des chutes A révolutionné le travail des intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - Fausses alertes fréquentes : <ul style="list-style-type: none"> • Augmente l'agressivité du patient • Réveille les patients • Piles à changer fréquemment • Personnel ne répond plus aux sonneries - Bris, difficulté à trouver un réparateur - Temps nécessaire pour répondre à l'alarme (délai pour se rendre au chevet du patient) - Coûts élevés - Patient capable d'enlever la prise murale - Déresponsabilisation du personnel - Absence de balises pour retirer le système
Bracelets anti-fugues	Évite les contentions	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun désavantage technique ou clinique n'a été rapporté par les par les participants - préoccupations éthiques concernant leur utilisation

7 ASPECTS ÉTHIQUES ET JURIDIQUES DE LA SURVEILLANCE

7.1 Résultats de la recherche documentaire

La Figure 3 présente le diagramme de sélection des documents pour le volet éthique de ce projet. Les mots-clés ayant servi à interroger les bases de données ainsi que la stratégie d'interrogation sont présentées à l'Annexe 4. Au total, la recherche documentaire a permis d'identifier 11 articles portant spécifiquement sur les aspects éthiques de la surveillance et répondant aux critères d'éligibilité prédéterminés. Au final, deux revues systématiques [25, 35] et cinq études originales [36-40] portant sur les aspects éthiques de l'utilisation des AS chez des personnes ayant une démence ou des troubles cognitifs ont été retenues pour guider et appuyer la discussion. Aucune revue systématique ou autre article portant sur les aspects éthiques des AS utilisées pour la prévention des chutes chez des personnes hospitalisées ou en centre d'hébergement n'ont été identifiés. En ce qui concerne la SC, seules trois revues narratives, dans le cadre desquelles sont rapportées des considérations éthiques associées à la SC, ont été incluses [41-43]. La littérature sur les aspects éthiques associés à la surveillance constante est constituée en grande partie d'articles d'opinion ou de revues narratives. Les revues narratives retenues dans le cadre de cette recension portent sur plusieurs aspects de la SC, mais elles proposent aussi des informations sur les enjeux éthiques jugées utiles pour la compréhension de la problématique.

FIGURE 3 – DIAGRAMME DE SÉLECTION DES DOCUMENTS PORTANT SUR LES ASPECTS ÉTHIQUES ET JURIDIQUES DE LA SURVEILLANCE



7.1.1 Études de synthèse sur les enjeux éthiques associées aux technologies d'aide à la surveillance

Deux revues systématiques portant spécifiquement sur les enjeux éthiques associés à l'utilisation de technologies d'AS chez des personnes atteintes de démence ou ayant des troubles cognitifs ont été localisées et retenues [25, 35]. Les principales caractéristiques et conclusions de ces études de synthèse sont présentées au Tableau 16. La revue de Niemeijer *et al.* (2010) porte spécifiquement sur les aspects éthiques de l'utilisation de technologies d'AS chez des personnes atteintes de démence ou vivant avec un déficit intellectuel [35]. Dans cette revue, les auteurs ont utilisé une stratégie très inclusive afin de prendre le pouls du débat en cours. Des articles d'opinion et des éditoriaux ont été inclus, en plus des articles scientifiques et des articles de fond présentant une analyse des enjeux éthiques et juridiques liés à l'utilisation de technologies d'AS chez des personnes atteintes de démence. La revue de Robinson *et al.* (2006), quant à

elle, porte sur l'efficacité et l'acceptabilité d'interventions non pharmacologiques pour réduire l'errance ainsi que sur les implications éthiques et l'acceptabilité de ces mesures [25]. Les auteurs des deux revues systématiques soulignent que les articles répertoriés ne fournissent pas une analyse approfondie des enjeux éthiques entourant les AS. De plus, ils soulignent qu'il manque, dans le débat éthique actuel, la perspective des personnes atteintes de démence, de leur famille, des aidants naturels ainsi que des professionnels qui œuvrent spécifiquement auprès de cette clientèle. Les résultats de la revue de Robinson *et al.* font ressortir qu'il existe un urgent besoin d'études de bonne qualité sur l'efficacité clinique des technologies d'AS afin de déterminer si elles sont perçues comme étant éthiquement acceptables par toutes les parties prenantes.

TABLEAU 16 – CARACTÉRISTIQUES ET CONCLUSION DES ÉTUDES DE SYNTHÈSE PORTANT SUR LES ASPECTS ÉTHIQUES DES AIDES À LA SURVEILLANCE

Auteurs (année) [réf.]	Période couverte	Population	Interventions	n études	Résumés des conclusions
Niemeijer <i>et al.</i> (2010) [35]	Jusqu'au 13 août 2009	Personnes atteintes de démence ou déficit cognitif (toute forme)	Toute forme de technologies d'AS	n = 79	<ul style="list-style-type: none"> - Débat éthique porte surtout sur l'acceptabilité des technologies plutôt que sur leurs effets sur la personne - Aucun consensus ne semble avoir été atteint; dénote un besoin de politiques plus claires - La plupart des articles répertoriés ne présentent pas une analyse approfondie des enjeux - Manque d'études explorant la perspective des usagers
Robinson <i>et al.</i> (2006) [25]	Jusqu'au 31 octobre 2005	Personnes atteintes de démence ou déficit cognitif acquis	Plusieurs interventions non pharmacologiques dont les technologies d'identification et de localisation électroniques (<i>tagging/tracking</i>)	n = 27	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune des études identifiées ne rapporte la perspective des personnes atteintes de démence - Les technologies d'identification et de localisation semblent acceptables selon les soignants, mais demeurent sources de préoccupations éthiques

7.1.2 Études originales sur les enjeux éthiques associées aux technologies d'aide à la surveillance

Les cinq études originales retenues sont en lien avec les conclusions des deux revues systématiques présentées précédemment. Ces études font état du manque de données sur l'opinion des professionnels de la santé, des aidants naturels et des personnes ayant des troubles cognitifs quant à l'utilité des AS et des préoccupations éthiques que leur utilisation génère [25, 35]. Les cinq études retenues présentent les résultats de sondages dans le cadre desquels ces divers intervenants ont été questionnés. Les principales caractéristiques de ces études sont présentées au Tableau 17. Les cinq études ont toutes sondé le point de vue de divers professionnels de la santé. Trois d'entre elles ont aussi sondé l'opinion d'aidants naturels (membres de la famille) [38-40]. Une étude a aussi inclus des personnes âgées sans trouble cognitif [38] et une autre, des personnes atteintes quoiqu'en très petit nombre [40]. Les principales opinions émises s'articulent autour d'un grand thème faisant ressortir la dualité entre le droit à la sécurité et le droit à la liberté et à l'indépendance. Les aidants naturels, comme les professionnels de la santé, sont d'avis que la sécurité de la personne doit d'abord et avant tout être assurée, mais ils se questionnent quant aux conflits éthiques que peuvent représenter l'utilisation des AS concernant l'autonomie et la dignité de la personne. La peur de la stigmatisation figure également parmi les préoccupations des divers répondants [40]. Néanmoins, dans l'ensemble, les AS sont considérées comme étant plus acceptables que les mesures de contention (p.ex., portes verrouillées ou ceintures de retenue) [36, 40]. L'étude de Niemeijer *et al.* (2011) fait toutefois ressortir que certaines conditions doivent être présentes pour qu'elles soient acceptables sur le plan éthique. L'AS doit être bénéfique et adaptée aux besoins spécifiques du patient/résident, des procédures clairement définies doivent être disponibles, de la formation doit être offerte au personnel afin que ce dernier

soit compétent dans l'utilisation de cette technologie et une évaluation continue doit en être faite [36]. Landau *et al.* (2011) adressent la notion de responsabilité en posant directement la question « qui devrait prendre la décision d'utiliser un GPS chez des personnes ayant une démence? » [38]. Selon les résultats de leur enquête, il ressort que la personne la plus appropriée pour prendre cette décision serait, le conjoint de la personne atteinte de démence, les aidants naturels les plus impliqués dans les soins de la personne et la personne elle-même lorsque c'est possible. Cependant, la plupart des répondants étaient d'avis que l'implication de professionnels dans le processus décisionnel peut faciliter cette décision [38].

TABLEAU 17 – CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES ORIGINALES AYANT SONDÉ LES INTERVENANTS ET LES MEMBRES DE LA FAMILLE SUR LES ASPECTS ÉTHIQUES ASSOCIÉS À L'UTILISATION DES TECHNOLOGIES D'AIDE À LA SURVEILLANCE

Auteurs (année) [réf.]	Devis/méthode	Nombre et type de participants	Population ciblée	Mode de collecte de données	Type d'appareils de surveillance
Zwijssen <i>et al.</i> (2012)[37]	Qualitatif (méthode inductive)	n = 17 professionnels clefs infirmières chef, médecins; (n = 9) professionnels multidisciplinaires (n= 8)	Personnes atteintes de démence	Entrevues semi-structurées (n = 9) Groupes de discussion (n= 8)	Détecteurs de mouvement, détecteurs de pression+ alarme au lit, monitoring acoustique, détecteur à la porte, puces d'identification/GPS
Niemeijer <i>et al.</i> (2011) [36]	Cartographie du modèle logique	professionnels de la santé (médecins, infirmières) et éthiciens	Personnes atteintes de démence	Remue-méninges des participants et analyse	Toute technologie de surveillance
Landau <i>et al.</i> (2011) [38]	Sondage	n = 296 [personnes âgées sans déficit cognitif (n= 44), aidants naturels (n=94), travailleurs sociaux (n= 51), professionnels de la santé (n= 48), étudiants en travail social n= 59]	Personnes atteintes de démence	Questionnaire auto-administré	Identification électronique avec GPS, puces et bracelets
Landau <i>et al.</i> (2009) [39]	Sondage	n = 165 aidants naturels (membre de la famille; n = 69) intervenants professionnels (médecins, travailleur sociaux, infirmières, psychologues, diététistes, etc.; n = 96)	Personnes âgées ayant une démence	3 questionnaires auto-administrés (1 spécifique aux dimensions éthiques)	Identification électronique avec GPS ou radiofréquence
Hugues <i>et al.</i> (2008) [40]	Sondage	n = 143 Aidants naturels (n= 32, travailleurs sociaux (n= 4), professionnels de la santé (n= 104), personnes atteintes (n= 3)	Personnes atteintes de démence	Questionnaire	Identification électronique, surveillance directe, portes des unités verrouillées

7.2 Résumé des principaux enjeux éthiques et juridiques de la surveillance soulevés dans la littérature

Par définition, l'éthique pose la question « Comment agir au mieux? » et se définit par un système de principes moraux à l'aide desquels les actions humaines peuvent être jugées bonnes ou mauvaises, correctes ou incorrectes [44]. Bien qu'il n'existe pas une seule théorie de l'éthique ou un seul système de référents qui soit universel, les approches éthiques

reposent souvent sur les quatre grands principes suivants : (1) la bienfaisance, (2) la non malveillance, (3) le libre choix (la liberté et l'autonomie) et (4) le principe de justice sociale, quoiqu'il soit évoqué dans une moindre mesure dans ce contexte-ci. Les deux premiers principes éthiques sont complémentaires et représentent les fondements sur lesquels devrait reposer tout choix thérapeutique. En effet, la principale question à se poser lorsqu'un traitement ou une intervention est envisagé est de savoir si les bénéfices associés à ce traitement dépasseront les inconvénients potentiels. On pose ainsi la question : comment agir au mieux avec les options disponibles et compte tenu de la problématique présentée? Aux considérations éthiques s'ajoutent, en toile de fond, les assises juridiques qui encadrent les pratiques actuelles. Sur le plan légal, un établissement de soins est, en tout temps, tenu à l'obligation de surveillance du patient. Cette obligation engage l'hôpital à prendre les moyens raisonnables pour assurer une surveillance adéquate des patients dans le but de les protéger. Il s'agit d'une obligation de moyens et non de résultats. Cette obligation de surveillance peut varier selon les cas particuliers, les institutions, les ordonnances du médecin et selon les circonstances en général [42]. Des responsabilités sont également établies par le *Code des professions* (L.R.Q., c. C-26) et les autres dispositions législatives qui précisent les activités réservées pour chaque profession. Selon cette législation, le médecin est responsable d'exercer une surveillance clinique des personnes malades dont l'état de santé présente des risques (*Loi médicale*, L.R.Q., c. M-9, art. 31), tandis que l'infirmière est responsable d'exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (*Loi sur les infirmières et infirmiers*, L.R.Q., c. I-8, art. 36).

Les enjeux et les défis éthiques et juridiques que pose la surveillance pour maintenir la sécurité du patient, des autres patients ou du personnel sont nombreux et complexes. Premièrement, lorsqu'il s'agit d'interventions ou de traitements, les principes de bienfaisance et de non malveillance nous renvoient à la notion d'efficacité. Or, comme l'a montré la recherche documentaire effectuée dans le cadre de ce projet, nous ne disposons que de très peu de données probantes sur l'efficacité de la SC ou des AS et elles ne nous permettent pas de conclure à leur efficacité. Cette question cardinale demeure donc sans réponse. D'ailleurs, plusieurs auteurs questionnent l'utilisation de la SC [9] ou des technologies d'AS [24, 25, 45], entre autres en raison du manque de données probantes sur leur efficacité. Ils évoquent également le déséquilibre que la SC entraîne en termes d'allocation des ressources, possiblement au détriment des autres patients (principe de justice sociale). Dans le cadre du débat éthique actuel, des études évaluant l'efficacité de ces interventions demeurent donc nécessaires afin de pousser plus loin la réflexion et fournir des réponses satisfaisantes pour la société. Par ailleurs, le débat actuel fait également ressortir les tensions existant entre les principes eux-mêmes, par exemple, entre la nécessité de fournir les meilleurs soins possibles et de protéger la personne contre les conséquences dommageables d'une condition (bienfaisance et non malveillance) et, d'autre part, la nécessité de respecter sa liberté, son autonomie et son intimité. Les préoccupations peuvent toutefois s'articuler de façon différente selon qu'il s'agisse de SC ou de technologies d'AS. Les enjeux éthiques varient également en fonction de la problématique avec laquelle est aux prises la personne surveillée. Par exemple, le questionnement entourant l'utilisation de la SC pour prévenir ou contenir les gestes violents d'un patient à l'endroit d'autrui, pour prévenir le passage à l'acte d'une personne suicidaire, baliser l'errance chez des personnes atteintes de démence ou encore pour s'assurer qu'un patient en délirium ne se blesse pas ou n'interfère pas avec des soins essentiels à sa survie, ne sera pas nécessairement associé au même niveau de dualité entre les principes éthiques.

En psychiatrie, un niveau accru de surveillance est imposé au patient quand ce dernier représente une menace pour sa sécurité ou celle d'autrui. Certains auteurs soutiennent que la sécurité du patient ne peut en aucun cas être compromise pour privilégier le droit à la dignité et à l'autonomie, et ce, tant selon une perspective éthique que juridique [42]. Toutefois, tant que l'efficacité de la SC à maintenir la sécurité du patient n'est pas démontrée il demeure incertain si la SC remplit cette fonction [43]. Certaines conditions requièrent que la personne soit surveillée en tout temps et, dans bien des cas, la SC est maintenue durant les activités intimes de la vie quotidienne, dont la douche et la toilette. Ceci implique donc un degré élevé d'intrusion de la SC dans la vie privée de l'individu et une entrave à son autonomie. Certains se questionnent aussi sur les attitudes à privilégier pour être en mesure d'arriver à un compromis acceptable entre le respect de l'intimité, de l'autonomie et la sécurité de la personne. Pour certains auteurs, il est clair qu'un changement doit s'opérer dans la façon dont la SC est perçue par les patients et les intervenants. Elle doit être considérée comme une intervention et non comme une méthode de coercition ou, comme certains patients l'on rapporté, de punition. Des efforts pour expliquer le but de l'intervention et obtenir un consentement verbal du patient doivent aussi être déployés pour que ce changement puisse s'opérer.

Les AS utilisées pour baliser l'errance et pour rendre les déplacements plus sécuritaires chez des personnes ayant une démence sont celles ayant reçu le plus d'attention sur le plan éthique. Bien qu'elles soient généralement considérées comme étant plus acceptables que les contentions physiques, plusieurs auteurs arrivent à la conclusion que le débat éthique sur l'utilisation des technologies de surveillance ne semble pas résolu et que les opinions à ce sujet demeurent partagées. Davantage d'études, qui incluraient idéalement la perspective d'un plus grand nombre de personnes vivant avec des déficits cognitifs ou en phase initiale de la démence demeurent nécessaires pour fournir des réponses plus claires sur cette question. La notion de consentement verbal est également abordée dans les études ayant exploré l'acceptabilité de ces AS. Pour certains auteurs, l'intervention devrait être expliquée et l'assentiment de la personne obtenu afin d'augmenter son acceptabilité sur le plan éthique. Dans la mesure du possible, la personne devrait être impliquée dans la décision d'utiliser ou non une technologie d'identification électronique afin de respecter le plus possible sa liberté de choix.

8 DIMENSION BUDGÉTAIRE

Dans le but d'évaluer l'impact budgétaire de la surveillance et de l'achat d'équipements d'AS, une enquête par questionnaire a été réalisée auprès des 20 établissements participant au projet. Le questionnaire est disponible à l'Annexe 5. Un premier envoi par courriel a été fait à l'attention des membres du groupe de travail interdisciplinaire. Deux relances ont été faites par courriel et une par téléphone. Certains établissements n'ont pas fourni de données alors que, dans d'autres, les données n'étaient pas disponibles. Seulement six établissements ont répondu à l'enquête pour le volet des coûts de la surveillance et 10 pour celui des équipements. Certains questionnaires étaient incomplets. De plus, il est apparu que les données ne sont pas compilées de la même façon dans tous les établissements, rendant impossible une quelconque forme d'agrégation des données collectées. Finalement, aucune donnée n'est rapportée individuellement dans ce rapport puisque le faible nombre de répondants par catégorie pourrait permettre l'identification des établissements.

Compte tenu de toutes ces limites, l'évaluation de l'impact budgétaire de la surveillance et des équipements d'AS dans le RUIS-UL est limitée. Sur la base des réponses obtenues, on note que les coûts en ressources humaines pour la surveillance représentent une dépense correspondant à 0,1 à 1,3 % du budget de l'établissement, soit une dépense annuelle de plus de 3,5 millions de dollars dans les plus gros établissements. Pour ce qui est des équipements d'AS, les dépenses rapportées sont variables, allant de 0 à 133 000 \$ pour un établissement sur une période de trois ans (2008-2009 à 2010-2011).

9 CONSTATS ET DISCUSSION

9.1 La surveillance constante : une pratique courante dans les milieux de soins, mais sans preuve d'efficacité

Plusieurs milieux de soins ont vu le nombre d'heures allouées à la SC croître de façon considérable au cours des dernières années. Cette augmentation ainsi que les volumes de SC et les coûts associés, s'élevant à plusieurs millions de dollars dans les plus gros établissements, préoccupent beaucoup les gestionnaires et les cliniciens du RUIS-UL. La popularité de cette pratique semble être une conséquence directe du resserrement de l'encadrement de l'usage des mesures de contrôle suite aux orientations du MSSS. On peut penser ainsi que les milieux de soins se soient tournés vers la SC comme mesure de remplacement. Sur le plan organisationnel, cette intervention amène une gestion ardue des ressources, en termes de réaffectation du personnel, du recours à du personnel supplémentaire ou du recours à de la main-d'œuvre indépendante (agences de placement de personnel). La réalisation de ce projet d'évaluation a permis de constater la grande diversité des pratiques au sein du RUIS-UL quant à l'utilisation et à l'encadrement de la SC. Les différences les plus marquées s'observent entre les catégories de milieux de soins (longue durée, courte durée psychiatrique, autres milieux de courte durée). Cependant, des variations importantes entre établissements et entre unités d'un même établissement pour des milieux de soins de même catégorie ont aussi été observées. La surveillance directe, incluant la SC, est utilisée dans près de la moitié des milieux de soins de courte durée psychiatrique et autre alors que peu de milieux de longue durée ont rapporté y avoir recours.

Les résultats de l'enquête par questionnaire effectuée dans le cadre de ce projet d'évaluation et des groupes de discussion suggèrent que plusieurs intervenants sur le terrain considèrent que la SC est très efficace et représente une alternative acceptable à la contention et à l'isolement (UETMIS-CHU de Québec, à paraître). Néanmoins, il appert que ce biais favorable à l'endroit de la SC ne soit pas appuyé par les données probantes. En fait, comme le montre la recherche documentaire effectuée, la SC n'a fait l'objet que de très peu de recherche empirique et il n'existe à ce jour aucune preuve de son efficacité. Les auteurs de deux revues systématiques, ainsi que plusieurs experts dans le domaine, concluent qu'il existe un urgent besoin de recherches évaluatives afin de fournir des preuves scientifiques sur l'efficacité de cette intervention [8, 9, 43]. Idéalement, ces études devraient permettre d'évaluer l'efficacité de la SC en termes de sécurité et d'impact sur le rétablissement des patients [46]. Les résultats de deux études corrélationnelles conduites en milieu psychiatriques suggèrent que la SC pourrait être diminuée en la remplaçant, dans certains cas, par une surveillance intermittente, et ce, sans qu'une augmentation d'incidents d'auto-agression ne soit observée [10, 11]. Ces données doivent bien sûr être interprétées avec précaution. Néanmoins, les résultats de ces études sont encourageants et illustrent la possibilité d'explorer d'autres façons de faire pour améliorer la pratique de la surveillance dans les établissements de soins.

9.2 La surveillance constante sans engagement thérapeutique : mesure alternative ou mesure de contrôle?

Les intervenants et les gestionnaires considèrent fréquemment la SC comme étant une intervention de second ordre, ne requérant que peu de compétences professionnelles [43]. Dans certains milieux de soins, ceci se traduit entre autres par le recours à des agents de sécurité qui, dans la plupart des cas, n'ont pas reçu de formation spécifique pour effectuer cette tâche avec une clientèle hospitalisée présentant divers problèmes de santé, des troubles cognitifs ou comportementaux, par exemple. Dans certains cas, il est également possible que la SC soit effectuée par un membre de la famille ou d'autres membres du personnel non formés, comme les pairs aidants. De plus, la terminologie utilisée pour désigner un type de surveillance varie d'un milieu de soins à l'autre, d'un centre hospitalier à l'autre pouvant ainsi constituer un vecteur de confusion important [43]. Les variations observées entre les unités de soins peuvent également suggérer des différences au niveau des perceptions et opinions des cliniciens sur les politiques institutionnelles et les procédures à suivre. La question qui se pose est : doit-on surveiller uniquement dans le but d'assurer la sécurité du patient ou avec un objectif supplémentaire compatible avec la mission de soins? Bien sûr, les établissements de soins ont, sur le plan légal, l'obligation de surveillance du patient, c'est-à-dire prendre les moyens raisonnables pour assurer une

surveillance adéquate dans le but de les protéger. Toutefois, en raison de l'importance prise par la gestion du risque dans les établissements au cours des dernières années, cette obligation légale semble avoir occulté le focus sur l'expérience de soins pour le patient.

La SC est souvent décrite dans la littérature comme une intervention impersonnelle, intrusive et contre-thérapeutique et certains auteurs soutiennent que ces pratiques sont difficiles à justifier [43, 46]. Par exemple, sa nature intrusive peut être à l'origine du déclenchement d'émotions négatives et de comportements encore plus problématiques que les comportements qu'elle vise à contenir [13-17]. Dans plusieurs pays, surtout au Royaume-Uni, cette intervention est, la plupart du temps, un acte réservé au personnel infirmier [47]. Bref, il appert que déléguer cette tâche potentiellement complexe à du personnel n'étant pas formé est incompatible avec un objectif d'engagement thérapeutique [47-50]. Selon les résultats d'études qualitatives où l'opinion de personnes ayant vécu la SC a été sondée, ses effets néfastes peuvent parfois être importants, voire même freiner le rétablissement [13-17]. Plusieurs experts font d'ailleurs ressortir que les circonstances exactes de son utilisation ou sa place au cœur d'interventions thérapeutiques plus larges ne sont pas bien comprises [50]. Les niveaux de surveillance requis ont tendance à être déterminés par le jugement clinique du personnel médical plutôt que de résulter d'une évaluation systématique et interdisciplinaire du patient. Il demeure donc très difficile d'identifier les facteurs impliqués dans la décision de prescrire ou non une surveillance constante. Dans certains pays, comme l'Angleterre, on considère la SC comme une mesure de contention et non pas comme une alternative aux mesures de contrôle. Plusieurs auteurs internationaux [43, 51, 52] et des intervenants du RUIS-UL consultés dans le cadre de ce projet d'évaluation sont également d'avis que la SC sans engagement thérapeutique s'apparente davantage à une mesure de contrôle.

9.3 Les technologies d'aide à la surveillance : des attentes non fondées au regard de l'efficacité

Les rares études scientifiques disponibles identifiées dans le cadre de la présente recherche documentaire ne permettent pas de se prononcer sur l'efficacité des technologies d'AS [26-28]. Plusieurs technologies sont disponibles dans les milieux de soins du RUIS-UL, mais il appert que leur introduction repose souvent sur un principe d'essai-erreur et non sur une évaluation approfondie. Force est de constater que la technologie est introduite dans les milieux sans preuve scientifique de son efficacité clinique, qu'il ne faut pas confondre avec l'efficacité intrinsèque de l'appareil ou de l'équipement. Le principal danger qui guette les milieux de soins est de fonder tous les espoirs dans une solution technologique. Certains intervenants ont d'ailleurs évoqué un faux sentiment de sécurité qui accompagne l'introduction d'une nouvelle technologie d'AS. Or, différents facteurs liés notamment à la pratique clinique, à l'organisation des services, à l'aménagement des lieux, à la formation du personnel et à la gestion des ressources doivent aussi être considérés au même titre que l'efficacité intrinsèque de l'appareil. La prise en compte de ces différents éléments au moment d'introduire une nouvelle technologie d'AS est de nature à mieux renseigner les milieux de soins et les intervenants sur les attentes réalistes à avoir face à l'efficacité réelle de l'intervention.

Les informations recueillies lors des groupes de discussion et auprès du groupe de travail ont mis à jour des cas d'implantation de technologie d'AS qui n'ont pas donné les résultats souhaités. L'un des exemples à cet effet se réfère à une situation dans laquelle les intervenants ont rapporté des difficultés avec l'utilisation de détecteurs de mouvements reliés à un téléavertisseur. En raison de contraintes liées à l'aménagement physique des lieux, il leur était impossible de savoir si l'alarme était associée à l'un des patients dont ils avaient la charge puisque le système n'indiquait pas à quel étage était hospitalisé le patient. Ce cas illustre que certains facteurs liés à l'environnement de travail sont difficiles à prévoir lorsqu'une nouvelle technologie est introduite dans le milieu de soins. Les intervenants consultés dans le cadre de ce projet d'évaluation ont fait ressortir de nombreux désavantages associées à certaines technologies d'AS, notamment dans le cadre de leur utilisation pour la prévention des chutes. Par exemple, l'utilisation des alarmes reliées à un détecteur de mouvement repose sur le postulat que le personnel aura suffisamment de temps pour se rendre au chevet du patient lorsque ce dernier s'est levé. Or, comme l'ont rapporté les intervenants consultés, ceci n'est pas toujours le cas. La fiabilité de la technologie, un autre aspect important de son efficacité, est également questionnée. Plusieurs désavantages ont été rapportés par les intervenants et dans la littérature, dont les bris d'équipement, les caractéristiques des patients qui interfèrent avec le fonctionnement de l'appareil, une sonnerie désarmée à l'occasion par le patient lui-même, le personnel et la famille.

En raison du peu de données probantes sur l'efficacité et l'innocuité des technologies d'AS, l'introduction de ces mesures, lorsqu'elle est envisagée par les milieux de soins, devrait se faire parallèlement à des démarches d'analyse sur les plans clinique, organisationnel et environnemental.

9.4 Les technologies d'aide à la surveillance : des équipements qui ne sont pas sans risques

Les résultats de la recherche documentaire sur la sécurité et l'innocuité des AS [6, 21, 27, 30-34], combinée à la démarche d'analyse des cas rapportés dans la base de données MAUDE de la FDA font ressortir plusieurs problèmes et difficultés associés aux différents appareils d'AS. La nature des effets indésirables et événements répertoriés suggèrent que l'utilisation de la technologie n'est pas sans risque dans les milieux de soins et que la prudence est de mise. Des cas de décès, en lien avec l'utilisation de certaines technologies, ont entre autres été rapportés. De plus, comme l'a démontré la recherche documentaire, peu de données sont disponibles sur leur efficacité. Par conséquent, les AS doivent être utilisées avec prudence et discernement sur les unités de soins. Les AS, comme leur nom l'indique, doivent demeurer une mesure complémentaire et non une mesure de remplacement de la surveillance directe. La formation du personnel à cet égard est très importante de même que la mise en place de procédures pour la vérification de leur fonctionnement sur une base régulière afin de s'assurer que les technologies d'AS soient adéquatement utilisées dans les établissements.

10 RECOMMANDATIONS

10.1 Recommandations au RUIS-UL

Considérant

- La faiblesse de la preuve scientifique quant à l'efficacité de la SC et des technologies d'AS;
- Les risques potentiels à la santé associés à l'utilisation de la SC et des technologies d'AS;
- Les aspects éthiques associés à la surveillance;

Considérant que l'enquête réalisée auprès des milieux de soins du RUIS-UL a révélé

- Que les pratiques en ce qui concerne la surveillance varient entre des milieux de même catégorie et entre des unités d'un même établissement;
- Que certains milieux ont implanté des pratiques prometteuses quant à la gestion de l'utilisation de la SC et des AS qui pourraient inspirer leurs collègues du RUIS-UL;
- Que plusieurs intervenants du RUIS-UL ont exprimé le besoin que l'utilisation de la SC et des AS soit encadrée;

⇒ Il est recommandé au RUIS-UL de soutenir le développement d'une communauté de pratiques ayant pour mandats:

- le partage des meilleures pratiques entre les établissements et les milieux de soins;
- le développement de normes et de guides de pratique communs pour encadrer l'utilisation de la SC et des AS

10.2 Recommandations aux établissements du RUIS-UL

Considérant

- La faiblesse de la preuve scientifique quant à l'efficacité de la SC et des technologies d'AS;
- Les risques potentiels à la santé associés à l'utilisation de la SC et des technologies d'AS;
- Les aspects éthiques associés à la surveillance;
- Que les données probantes suggèrent qu'il pourrait être préférable de remplacer la SC par une autre forme de surveillance chez des patients hospitalisés en courte durée psychiatrique;

Considérant que l'enquête réalisée auprès des milieux de soins du RUIS-UL a révélé que

- les pratiques et la terminologie utilisée pour la surveillance varient entre les milieux;
- certains milieux ont implanté des pratiques prometteuses quant à l'utilisation de la SC et de l'AS qui pourraient inspirer leurs collègues du RUIS-UL;
- plusieurs intervenants du RUIS-UL ont exprimé le besoin que l'utilisation de la SC et des AS soit encadrée;
- des besoins de formation supplémentaire concernant les mesures de contrôle et leurs alternatives ont été soulignés par une majorité d'intervenants;

⇒ Il est recommandé aux établissements du RUIS-UL :

1. De réaliser une démarche de révision de processus quant au recours à la SC et aux AS dans le but notamment
 - de bien décrire les pratiques en vigueur au sein de l'établissement quant au recours à la SC et aux AS et d'identifier les opportunités d'amélioration continue;
 - d'établir un portrait des mesures qui sont en soutien ou font obstacle à l'amélioration de la pratique de la surveillance au plan clinique, organisationnel et environnemental;
 - d'évaluer la pertinence de mettre en place des mécanismes internes de coordination afin d'uniformiser les pratiques entre les unités d'un même établissement quant au recours et à l'encadrement de la SC et des AS;
 - de revoir l'accès à la formation du personnel et des médecins quant à l'utilisation des mesures de contrôle et de leurs alternatives
2. de partager leurs meilleures pratiques sur le plan de la réduction de l'utilisation de la SC avec les autres établissements du RUIS-UL au sein d'une communauté de pratique;

3. de réaliser un projet pilote avec la collaboration de plusieurs établissements afin d'évaluer l'efficacité et la sécurité de la surveillance intermittente comme alternative à la contention et à l'isolement chez les patients hospitalisés en courte durée
4. de soutenir le développement de la recherche dans le domaine de l'évaluation de l'efficacité, de l'innocuité et de la sécurité de nouvelles pratiques en surveillance incluant l'évaluation des technologies d'aide à la surveillance

11 CONCLUSION

La surveillance constante et les technologies d'aide à la surveillance sont utilisées couramment dans les milieux de soins du RUIS-UL comme alternatives à la contention et à l'isolement chez les adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement. Ces mesures soulèvent des préoccupations relativement aux coûts qu'elles engendrent, mais également au regard de leur efficacité et des impacts négatifs pour le patient. L'examen des données probantes révèle que ces mesures n'ont été que peu étudiées et que la qualité des données disponibles ne permet pas de se prononcer sur leur efficacité pour réduire notamment les agressions, l'errance, les chutes ni même le recours à la contention et à l'isolement. Certains auteurs questionnent même la raison d'être de la surveillance constante en milieu psychiatrique compte tenu de l'absence de relation entre cette intervention et le taux d'agression. De plus, plusieurs travaux de recherche et études de cas ont mis en lumière les risques à la santé associés à l'usage de la surveillance et des aides à la surveillance ainsi que les enjeux éthiques qui s'y rapportent pour le patient dans les milieux de soins de courte et longue durée. Aux yeux de certains experts, la surveillance constante sans engagement thérapeutique apparaît davantage comme une mesure de contrôle qu'une alternative.

Les pratiques relatives à la surveillance dans le RUIS-UL révèlent que ces interventions sont généralement introduites sans évaluation de leur efficacité et sécurité ni prise en compte des enjeux cliniques, organisationnels, environnementaux et de l'expérience patient. L'introduction d'une technologie ou d'un mode d'intervention sans un examen approfondi de ces éléments amène souvent les milieux de soins à fonder tous leurs espoirs dans une solution dont le succès est intimement lié à une bonne compréhension de ces enjeux. À la lumière de cette évaluation, un examen approfondi et un resserrement de l'encadrement des pratiques liées à surveillance apparaissent essentiels pour les établissements de santé afin d'établir un juste équilibre entre les objectifs de soins, de sécurité et de respect de la dignité du patient. La mise en commun des meilleures pratiques en cours dans les établissements du RUIS-UL et l'évaluation de nouvelles approches de surveillance dans le cadre de projets de recherche ou encore d'évaluation terrain avec développement de la preuve sont des avenues à explorer au cours des prochaines années.

12 ANNEXES

Annexe 1 – Liste des membres du groupe de travail

CHUQ - UETMIS

- Martin Coulombe
- Mélanie Hamel
- Dr Marc Rhainds
- Lynda Bélanger

CHUQ

- Katia Boivin
- Kelly Brennan
- Christine Danjou

IUSMQ

- Diane Lalancette
- Alain Rioux
- Luc Vigneault
- Lise Kasprzak

CRDI de Québec

- Christian Beaulieu

IRD PQ

- Danielle Levesque
- Isabelle Paradis

CHA

- René Verreault
- Isabelle Yelle

CSSS de la Vieille-Capitale

- Hélène Riverin

CSSS de Portneuf

- Sylvie Rey

CSSS de Québec-Nord

- Diane Claveau

CSSS Cléophas-Claveau

- Lynda Tremblay

CSSS Alphonse-Desjardins

- Julie Mercier

CSSS de Montmagny-L'Islet

- Manon Laverdure

CRDI de Chaudière-Appalaches

- Johanne Delisle

CSSS Rimouski-Neigette

- Thérèse Morency

CSSS de La Mitis

- Julie Gagnon

ASSS de la Côte-Nord

- Ginette Fournier

CRDI du Bas-Saint-Laurent

- Chantale Lefrançois

CSSS de La Côte-de-Gaspé

- Micheline Proulx

CSSS de Chandler

- Stella Travers

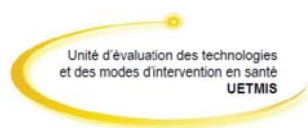
Apur de Québec

- Caroline Busque

L'A-Droit de Chaudière-Appalaches

- François Winter

ANNEXE 2 – QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ DESTINÉ AUX MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL



RUIS | UL



Évaluation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement
chez les patients adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE

Les membres de la Table sectorielle en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) ont priorisé comme sujet d'intérêt en 2010 l'évaluation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez les adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement.

La mise en œuvre de ce projet d'évaluation a été confiée à l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ). Ce projet sera réalisé en étroite collaboration avec l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ), l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ), le CSSS de la Vieille-Capitale de même qu'en partenariat avec des établissements de diverses régions du RUIS-UL (Bas-St-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Côte-Nord, Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine et Chaudière-Appalaches).

Le questionnaire suivant vise à dresser un portrait sommaire des pratiques concernant l'utilisation des mesures de contrôle (contention et isolement) et de leurs alternatives (aussi appelées mesures de remplacement) sur le territoire du RUIS-UL. Nous désirons également comprendre les enjeux qui préoccupent les intervenants concernés par l'utilisation des mesures de contrôle et de remplacement. Veuillez noter que les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle. Les résultats seront présentés globalement. Aucun nom de participant ou d'établissement ne sera mentionné.

L'utilisation des mesures de contrôle et de remplacement peut être très différente selon le milieu de soins. Nous sommes intéressés à comprendre l'utilisation de ces mesures pour trois types de milieux pouvant exister dans votre établissement :

1. Hébergement en soins de longue durée;
2. Hospitalisations en soins de courte durée – unité(s) de psychiatrie;
3. Hospitalisations en soins de courte durée – autres unités de soins (par ex. médecine, chirurgie ou courte durée gériatrique). Les soins intensifs, l'urgence et la pédiatrie sont cependant exclus du projet.

Si plus d'un de ces milieux de soins se retrouvent dans votre établissement, nous aimerions qu'un questionnaire distinct soit rempli pour chacun d'entre eux.

Merci de votre précieuse collaboration !

Marc Rhains, MD, MSc, FRCPC
Cogestionnaire médical et scientifique
Unité d'évaluation des technologies
et des modes d'intervention en santé
CHUQ

Martin Coulombe, MSc, MAP
Cogestionnaire clinico-administratif
Unité d'évaluation des technologies
et des modes d'intervention en santé
CHUQ

SECTION 1 : Informations générales	
Nom :	
Fonction :	
Téléphone :	
Télécopieur :	
Adresse électronique :	

1. Quel établissement représentez-vous ?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ASSS de la Côte-Nord | <input type="checkbox"/> CSSS du Rocher-Percé |
| <input type="checkbox"/> Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA) | <input type="checkbox"/> CSSS de La Côte-de-Gaspé |
| <input type="checkbox"/> Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) | <input type="checkbox"/> CSSS du Grand Littoral |
| <input type="checkbox"/> CRDI Chaudière-Appalaches | <input type="checkbox"/> CSSS de Portneuf |
| <input type="checkbox"/> CRDI de Québec | <input type="checkbox"/> CSSS de Montmagny-L'Islet |
| <input type="checkbox"/> CSSS de Rimouski-Neigette | <input type="checkbox"/> Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) |
| <input type="checkbox"/> CSSS de La Mitis | <input type="checkbox"/> Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDQP) |
| <input type="checkbox"/> CSSS Cléophas Claveau | <input type="checkbox"/> Autre milieu (spécifiez) : _____ |
| <input type="checkbox"/> CSSS de la Vieille-Capitale | |
2. Dans l'établissement que vous représentez, quels milieux de soins retrouve-t-on ? Vous pouvez cocher plus d'une réponse.
- Hébergement en soins de longue durée
- Hospitalisations en soins de courte durée – unité(s) de psychiatrie
- Hospitalisations en soins de courte durée – autres unités de soins (par ex. médecine, chirurgie ou courte durée gériatrique). Les soins intensifs, l'urgence et la pédiatrie sont cependant exclus du projet
- Autre type de clientèle (précisez) : _____
3. Il est important que les réponses au questionnaire ne s'appliquent qu'à un seul milieu de soins. En fonction de quel milieu de soins désirez-vous répondre aux questions restantes (3 à 16) ? Merci de ne cocher qu'une seule réponse.
- Hébergement en soins de longue durée
- Hospitalisations en soins de courte durée – unité(s) de psychiatrie
- Hospitalisations en soins de courte durée – autres unités de soins (par ex. médecine, chirurgie ou courte durée gériatrique). Les soins intensifs, l'urgence et la pédiatrie sont cependant exclus du projet
- Autre type de clientèle (précisez) : _____

SECTION 2 : Contention et isolement

Contention : « Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap. »¹

4. Quelles sont les mesures de contention les plus utilisées dans votre milieu ? Débutez par la plus fréquente.

Mesures de contention les plus utilisées	
1	
2	

- Aucune mesure de contention utilisée Ne sais pas

Isolement : « Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement. »¹

¹ Gouvernement du Québec (2002). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques. Québec, MSSS, 27 p.

5. Quelles sont les mesures d'isolement les plus utilisées dans votre milieu ? Débutez par la plus fréquente.

Mesures d'isolement les plus utilisées	
1	
2	
3	

Aucune mesure d'isolement utilisée Ne sais pas

6. Dans votre milieu, quelles sont les principales raisons qui motivent l'utilisation d'une mesure d'isolement ou de contention ?
Cochez un maximum de trois raisons.

- Agitation Assauts physiques sur le personnel ou les patients
 Bris de matériel Comportement autodestructeur
 Comportement perturbateur Refus de coopérer (interférence aux traitements)
 Risque de chute Risque de fugue
 Risque d'errance Violence verbale

Autres (précisez) : _____

Ne sais pas _____

SECTION 3 : Mesures alternatives

Mesures alternatives à la contention et à l'isolement (ou mesures de remplacement) : « Stratégies d'intervention faisant appel aux compétences et à la créativité des intervenants et qui permettent d'éviter de recourir à la contention ou à l'isolement. Ces mesures peuvent viser à prévenir, à éliminer ou à réduire les causes des réactions et comportements de la personne qui interfèrent avec sa sécurité ou celle d'autrui. »²

7. Quelles sont les mesures alternatives à la contention et à l'isolement (mesures de remplacement) les plus utilisées dans votre milieu ? Débutez par la plus fréquente.

Mesures alternatives les plus utilisées	
1	
2	
3	

Aucune mesure alternative utilisée

8. Dans votre milieu, l'utilisation de certaines mesures alternatives est-elle remise en question ? Veuillez remplir le tableau ci-dessous en précisant s'il s'agit d'un doute relié à :

- L'efficacité de la mesure à réduire l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement;
- La sécurité de la mesure pour le patient, l'entourage ou les intervenants;
- Le coût élevé de la mesure alternative;
- L'impact de la mesure sur la dignité ou la qualité de vie du patient.

EFFICACITÉ DE LA MESURE	
Nom de la mesure	Raison
B) SÉCURITÉ DE LA MESURE	
Nom de la mesure	Raison
C) COÛT DE LA MESURE	
Nom de la mesure	Raison

² Gouvernement du Québec (2002). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques. Québec, MSSS, 27 p.

D) IMPACT SUR LA DIGNITÉ OU LA QUALITÉ DE VIE DU PATIENT	
Nom de la mesure	Raison

L'utilisation d'aucune mesure alternative à la contention et à l'isolement n'est remise en question dans notre milieu

SECTION 3 : Contexte organisationnel

9. Dans votre milieu, quels sont les principaux facteurs qui facilitent ou font obstacle à l'utilisation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement ?

Facteurs qui facilitent l'utilisation des mesures alternatives
1
2
3

Aucun facteur ne facilite l'utilisation des mesures alternatives

Facteurs qui font obstacle à l'utilisation des mesures alternatives
1
2
3

Aucun facteur ne fait obstacle à l'utilisation des mesures alternatives

10. Dans votre milieu, y a-t-il un comité actif qui a mis de l'avant des initiatives (par ex. formation, protocole, lignes directrices) concernant les mesures de contention et d'isolement et les mesures alternatives ?

Oui

Non

Ne sais pas

Si vous avez répondu oui à la question 9, précisez :

Le type de comité

Clinique (cliniciens seulement)

Administratif (gestionnaires seulement)

Clinico-administratif (cliniciens et gestionnaires)

Ne sais pas

Le mandat du comité

11. Dans votre milieu, est-ce que les intervenants reçoivent une formation spécifique sur les mesures de contention et d'isolement ainsi que sur leurs alternatives ?

Oui

Non

Ne sais pas

Si vous avez répondu oui à la question 10, précisez :

Nature de la formation :	<input type="checkbox"/> Formation développée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) : « Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement ».	
	<input type="checkbox"/> Autre formation (précisez) :	_____
Profession des intervenants qui la reçoivent :	<input type="checkbox"/> Infirmières <input type="checkbox"/> Médecins <input type="checkbox"/> Ergothérapeutes <input type="checkbox"/> Physiothérapeutes <input type="checkbox"/> Psychologues <input type="checkbox"/> Éducateurs spécialisés <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : _____	

Durée de la formation :	<input type="checkbox"/> ½ journée <input type="checkbox"/> 1 journée <input type="checkbox"/> 2 journées <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____
Fréquence de la formation :	<input type="checkbox"/> À l'embauche <input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____
Autres commentaires :	

12. Dans votre milieu, existe-t-il des outils (par ex. guides de pratique, protocoles) sur l'utilisation des mesures de contention et d'isolement ainsi que leurs alternatives ?

- Oui
 Non
 Ne sais pas

Si oui, précisez :

13. Dans votre milieu, y a-t-il une compilation de données sur l'utilisation des mesures de contention et d'isolement ou sur l'utilisation des mesures alternatives (élaboration de statistiques ou de portraits généraux) ?

- Oui
 Non
 Ne sais pas

Si oui, précisez :

14. Dans votre milieu, avez-vous accès facilement à des mesures alternatives à la contention et à l'isolement ?

- Oui
 Non
 Ne sais pas

Commentaires :

15. Connaissez-vous une ou des équipes de soins ou bien un établissement du réseau de la santé qui a (ont) obtenu(s) de bons résultats suite à l'implantation de certaines mesures alternatives à la contention et à l'isolement ?

- Oui
 Non

Si oui, précisez :

16. L'UETMIS du CHU de Québec s'apprête à évaluer l'efficacité, la sécurité, les coûts et les enjeux organisationnels, éthiques et juridiques reliés à l'utilisation de certaines mesures alternatives. L'évaluation de quelles mesures alternatives serait la plus utile pour votre milieu ? Débutez par la mesure la plus prioritaire.

	Mesures alternatives à évaluer en priorité
1	
2	
3	

COMMENTAIRES

N'hésitez pas à ajouter tout élément que vous jugez bon de nous indiquer afin de bien exposer la situation actuelle de votre milieu de même que vos préoccupations concernant le recours aux mesures de contrôle et à leurs alternatives.

ANNEXE 3 – RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DANS LA LITTÉRATURE GRISE

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet	Résultats de la recherche (n)
Sites Internet généraux visités. <i>Mots-clés</i> : Contention (<i>restraint</i>), isolement (<i>seclusion</i>), demi-porte (<i>half-door</i>), surveillance constante (<i>constant observation</i>), errance (<i>wander*</i>), <i>surveillance psychiatry</i> , prévention des chutes (<i>fall* prevention</i>), réduction/diminution de la contention (<i>restraint minimisation/minimization/reduction</i>)				
ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé	Canada	www.cadth.ca/fr	4
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	États-Unis	www.ahrq.gov/	0
ASERNIP-S	<i>Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures – Surgical</i>	Australie	www.surgeons.org/racs/research-and-audit/asernip-s	0
AHTA	<i>Adelaide Health Technology Assessment</i>	Australie	www.adelaide.edu.au/ahta/	0
CCE	Centre de Compétences en Évaluation	Suisse	http://www.bag.admin.ch/evaluation/01771/index.html?lang=en	0
CEBM	<i>Center for Evidence-based Medicine</i>	Royaume-Uni	http://www.cebm.net/	0
CHSPR	<i>Center for Health Services and Policy Research</i>	Canada	http://www.chspr.ubc.ca/	0
DETMIS-CHUM	Direction de l'ETMIS du CHU de Montréal	Canada (Québec)	www.chumtl.qc.ca/notre-equipe/directions/detmis/mission.fr.html	0
FINOHTA	<i>Finnish Office for Health Technology Assessment</i>	Finlande	finohta.stakes.fi/EN/publications/reports/index.htm	0
HAS	Haute Autorité de Santé	France	www.has-sante.fr/	0
HIQA	<i>Health Information and Quality Authority</i>	Irlande	www.hiqa.ie/	0
HQC	<i>Health Quality Council</i>	Canada (Saskatchewan)	http://www.hqc.sk.ca	0
HTAi	<i>Health Technology Assessment International</i>	International	http://www.htai.org/	0
ICES	<i>Institute for Clinical Evaluative Sciences</i>	Canada (Ontario)	www.ices.on.ca/	0
IHE	<i>Institute for Health Economics</i>	Canada (Alberta)	www.ihe.ca/	0
INAHTA	<i>International Network of Agencies for Health Technology Assessment</i>	International	www.inahta.org/	0
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	Canada (Québec)	www.inesss.qc.ca/	0
IQWiG	<i>Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen</i>	Allemagne	www.iqwig.de	0
MCHP	<i>Manitoba Center for Health Policy</i>	Canada (Manitoba)	http://umanitoba.ca/faculties/medicine/units/mchp/about.html	0
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>	Royaume-Uni	www.nice.org.uk/	0
OHTAC	<i>Ontario Health Technology Advisory Committee</i>	Canada (Ontario)	www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohtac/ohtac_mn.html	2
OMS	Organisation mondiale de la Santé	International	www.who.int/fr/	0
TAU-MUHC	<i>Technology Assessment Unit-McGill University Health Center</i>	Canada (Québec)	www.mcgill.ca/tau/	0
UBC	<i>The University of British</i>	Canada	http://www.ubc.ca/	0

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet	Résultats de la recherche (n)
	<i>Columbia</i>	(Colombie-Britannique)		
UETMIS- CHUS	UETMIS du CHU de Sherbrooke	Canada (Québec)	www.chus.qc.ca/volet-academique-ruis/evaluation-des-technologies/	0
UETMIS- CHUSJ	UETMIS du CHU Sainte-Justine	Canada (Québec)	www.chu-sainte-justine.org/Pro/micro-portails.aspx?AxeID=16	0
Bases de données et moteurs de recherche <i>Mots-clés : wandering prevention OR devices AND clinical trial</i>				
<i>Google Scholar</i>		International	scholar.google.ca/	2

ANNEXE 4 – STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Recherche dans Pubmed

- #1 Homes[Mesh] OR Homes For The Aged[Mesh] OR "Nursing Home"[tiab] OR "Nursing Homes"[tiab] OR Residential Facilities[Mesh] OR "Residential Facility" OR "Residential Facilities" OR Homes For The Aged[Mesh] OR Geriatric Nursing[Mesh] OR Psychiatric Department, Hospital[Mesh] OR Psychiatric[tiab] OR Geriatric[tiab]
- #2 "Delirium"[Mesh] OR Delir*[tiab] OR "Alzheimer Disease"[Mesh] OR Alzheimer*[tiab] OR "Dementia"[Mesh] OR Dement*[tiab] OR "Confusion"[Mesh] OR Confusion[tiab] OR "Wandering Behavior"[Mesh] OR "Self-Injurious Behavior"[Mesh] OR SUICID*[tiab] OR Self-Injur*[tiab] OR "Aggression"[Mesh] OR Elop*[tiab] OR Wander*[tiab] OR "Accidental Fall"[tiab] OR "Accidental Falls"[tiab] OR Abscond*[tiab] OR Runaway Behavior[Mesh] OR Runaway*[tiab] OR Dropout*[tiab] OR Patient Dropouts[Mesh] OR Accidental Falls[Mesh] OR SUICID*[tiab] OR Self-Injur*[tiab] OR Psychomotor Agitation[Mesh] OR Agitat*[tiab] OR Violen*[tiab] OR Aggressi*[tiab]
- #3 "Special Observation" OR "Formal Observation" OR "Constant Observation" OR Sitter[tiab] OR Sitters[tiab]
- #4 Telemetry[Mesh:Noexp] OR Telemetry[tiab] OR Monitoring, Physiologic/instrumentation[Mesh] OR Monitoring, Ambulatory/instrumentation[Mesh] OR "Geographic Information Systems"[tiab] OR "Global Positioning Systems"[tiab] OR Clinical Alarms[Mesh] OR "Secure Room"[tiab]
- #5 ((Surveillance[tiab] OR Monitoring[tiab] OR Tracking[tiab] OR Tagging[tiab] OR Alarm[tiab] OR Alarms[tiab] OR Sensor[tiab] OR Sensors[tiab]) AND ("Electronics, Medical"[Mesh] OR Electronic[tiab] OR Electronics[tiab] OR "Technology"[Mesh] OR Technology[tiab]))

(1 OR 2) AND 3

(1 OR 2) AND (4 OR 5)

Recherche dans CINAHL

- #1 TI Nursing Home OR TI Nursing Homes OR AB Nursing Home OR AB Nursing Homes OR MH Hospitals, Psychiatric OR MH Psychiatric Nursing+ OR MH Psychiatry+ OR MH Gerontologic Care OR MH Psychiatric Care+ OR MH Geriatrics OR MH Residential Facilities+ OR MH Psychiatric Service OR MH Housing for the Elderly OR TI Psychiatric OR TI Psychiatrics OR AB Psychiatric OR AB Psychiatrics OR TI Geriatric OR TI Geriatrics OR AB Geriatric OR AB Geriatrics
- #2 TI aggressive* OR elopement OR elopements OR elope OR eloped OR eloping OR wander OR wandering OR TI self-injur* OR suicid* OR TI violent OR agitated OR MH Psychomotor Agitation+ OR AB aggressive* OR elopement OR elopements OR elope OR eloped OR eloping OR wander OR wandering OR AB self-injur* OR suicid* OR AB violent OR agitated OR MH Accidental Falls OR TI accident fall OR accidental falls OR AB accident fall OR accidental falls OR MH Dementia+ OR MH Delirium OR Delirium OR MH Confusion+ OR confusion OR Dementia OR Delirium OR Delirium OR Confusion OR Alzheimer* OR MH Delirium, Dementia, Amnesic, Cognitive Disorders+ OR Confusion OR MH Confusion+ OR Alzheimer*
- #3 AB constant N2 observation OR AB Formal N2 Observation OR AB Special N2 Observation OR TI constant N2 observation OR TI Formal N2 Observation OR TI Special N2 Observation
- #4 MH Monitoring, Physiologic OR MH Telemetry OR Telemetry OR MH Geographic Information Systems OR Geographic information systems OR Global information systems

#5 ((Surveillance OR Monitoring OR Tracking OR Tagging OR Alarm OR Alarms OR Sensor OR Sensors) AND (MH Assistive Technology Services OR MH Technology, Medical OR Technology OR Electronic OR MH Electronics OR Electronics OR MH Assistive Technology Devices OR MH Assistive Technology OR Ambulatory))

(1 OR 2) AND 3

(1 OR 2) AND (4 OR 5)

Recherche dans Embase

#1 'elderly care'/exp OR 'elderly care' OR 'geriatric nursing'/exp OR 'geriatric nursing' OR geriatric:ab ti OR geriatrics:ab ti OR 'mental health care'/exp OR 'mental health care' OR 'mental hospital'/exp OR 'mental hospital' OR 'nursing home'/exp OR 'nursing home' OR 'nursing home':ab ti OR 'nursing homes':ab ti OR 'psychiatric department'/exp OR 'psychiatric department' OR 'psychiatric nursing'/exp OR 'psychiatric nursing' OR 'residential home'/exp OR 'residential home' OR 'residential care'/exp OR 'residential care':ab ti

#2 'absconding' OR 'runaway behavior'/syn OR 'runaway behavior' OR elopements OR 'elopement'/syn OR 'elopement' OR elope OR wandering OR 'wandering behavior'/exp OR 'accidental falls'/syn OR 'accidental falls' OR 'accidental fall' OR violent:ab ti OR aggressive:ab ti OR 'aggressiveness'/exp OR agitated:ab ti OR 'psychomotor agitation'/syn OR 'suicidal behavior'/exp OR suicide:ab ti OR suicides:ab ti OR 'self injury'/exp OR 'self injury' OR 'self injuries' OR 'dementia'/exp OR dementia:ab ti OR delirium:ab ti OR 'delirium'/de OR alzheimer*:ab ti OR 'alzheimer disease'/exp

#3 (constant formal OR special) NEAR/2 observation* OR sitter:ab ti OR sitters:ab ti

#4 'telemetry'/de OR telemetry:ab ti OR 'global positioning system'/exp OR 'global positioning system' OR 'geographical information systems' OR 'ambulatory monitoring'/exp OR 'ambulatory monitoring':ab ti OR 'secure room' OR 'secure rooms'

#5 ((surveillance:ab ti OR monitoring:ab ti OR tracking:ab ti OR tagging:ab ti OR alarms:ab ti OR alarm:ab ti OR sensor:ab ti OR sensors:ab ti OR 'monitoring'/exp OR 'patient monitoring'/exp OR) AND ('electronics'/exp OR electronic*:ab ti OR 'medical technology'/exp OR 'assistive technology'/exp OR 'medical technology':ab ti OR 'assitive technology':ab ti))

(1 OR 2) AND 3

(1 OR 2) AND (4 OR 5)

Recherche dans PsychInfo

#1 (IndexTerms:("Nursing Homes" OR "Psychiatric Hospitals" OR "Psychiatric Units" OR "Residential Care Institutions")) OR (Subject:(geriatric OR geriatrics OR psychiatric)) OR (IndexTerms:(geriatric OR geriatrics OR psychiatric)) OR (Any Field:("nursing homes" OR residential OR "homes for the aged")) OR (Title:(psychiatric OR geriatric OR geriatrics)) OR (Abstract:(psychiatric OR geriatric OR geriatrics))

#2 (Title:(dementi* OR delirium OR confusion OR alzheimer* OR "accidental falls" OR "accidental fall" OR elop* OR abscond OR agitat* OR aggressive OR violent OR wandering)) OR (Abstract:(dementi* OR delirium OR confusion OR alzheimer* OR "accidental falls" OR "accidental fall" OR elop* OR abscond OR agitat* OR aggressive OR violent OR wandering)) OR (Keywords:(dementi* OR delirium OR confusion OR alzheimer* OR "accidental falls" OR "accidental fall" OR elop* OR abscond OR agitat* OR aggressive OR violent OR wandering)) OR (Index Terms:("AIDS Dementia Complex" OR "Aggressive Behavior" OR "Agitation" OR "Alzheimer's Disease" OR "Coercion" OR "Cognitive Impairment" OR "Consciousness Disturbances" OR

"Delirium" OR "Dementia" OR "Dementia with Lewy Bodies" OR "Mental Confusion" OR "Presenile Dementia" OR "Self Injurious Behavior" OR "Semantic Dementia" OR "Senile Dementia" OR "Senile Plaques" OR "Suicidal Ideation" OR "Suicide" OR "Suicide Prevention" OR "Vascular Dementia" OR "Wandering Behavior"))

#3 Any Field:("constant" NEAR/2 "observation") OR ("formal" NEAR/2 "observation") OR ("special" NEAR/2 "observation")

#4 (Title:("geographic information systems" OR "global information systems" OR "geographical information systems" OR telemetry)) OR (Abstract:("geographic information systems" OR "global information systems" OR "geographical information systems" OR telemetry)) OR (Subject:("geographic information systems" OR "global information systems" OR "geographical information systems" OR telemetry)) OR (IndexTerms:(telemetry))

#5 ((Subject:(surveillance OR monitoring OR tracking OR tagging OR alarm OR alarms OR sensor OR sensors)) OR (Title:(surveillance OR monitoring OR tracking OR tagging OR alarm OR alarms OR sensor OR sensors)) OR (Abstract:(surveillance OR monitoring OR tracking OR tagging OR alarm OR alarms OR sensor OR sensors)) AND ((Title:("Assistive Technology" OR technology OR electronic OR electronics OR ambulatory)) OR (Abstract:("Assistive Technology" OR technology OR electronic OR electronics OR ambulatory)) OR ((Subject:("Assistive Technology" OR technology OR electronic OR electronics OR ambulatory)) OR (IndexTerms:("technology"))))

(1 OR 2) AND 3

(1 OR 2) AND (4 OR 5)

ANNEXE 5 – QUESTIONNAIRE SUR LES COÛTS ASSOCIÉS À LA SURVEILLANCE

FORMULAIRE DE RECENSEMENT DES COÛTS
Évaluation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement
chez les patients adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement

INFORMATION GÉNÉRALE

Votre nom : _____

Téléphone pour vous rejoindre : _____

Nom de l'établissement : _____

Quel est le budget total de votre établissement ?

Année 2008 – 2009 : _____

Année 2009 – 2010 : _____

Année 2010 – 2011 : _____

APPAREILS DE SURVEILLANCE¹

	Coûts total lié à l'achat de nouveaux équipements
Année 2008 - 2009	
Année 2009 - 2010	
Année 2010 - 2011	

¹Appareils de surveillance: Appareils destinés à avertir le personnel soignant lorsqu'un patient se lève ou à empêcher ce dernier de sortir d'une zone sécurisée. (p.ex. détecteurs de mouvements au lit ou à la chaise, bandes sensibles, systèmes TABS, bracelets, infrarouge, etc.)

SURVEILLANCE²

	Catégorie de professionnels	Nombre d'heures	Total salaires (incluant les avantages sociaux)
Année 2008 - 2009	Préposés aux bénéficiaires <input type="checkbox"/>		
	Agents de sécurité <input type="checkbox"/>		
	Autres : _____ <input type="checkbox"/>		
	Ne sais pas <input type="checkbox"/>		
Année 2009 - 2010	Préposés aux bénéficiaires <input type="checkbox"/>		
	Agents de sécurité <input type="checkbox"/>		
	Autres : _____ <input type="checkbox"/>		
	Ne sais pas <input type="checkbox"/>		
Année 2010 - 2011	Préposés aux bénéficiaires <input type="checkbox"/>		
	Agents de sécurité <input type="checkbox"/>		
	Autres : _____ <input type="checkbox"/>		
	Ne sais pas <input type="checkbox"/>		

² Surveillance: Ajout de personnel dans le but de surveiller un patient (p. ex. surveillance constante, étroite, directe, etc.)

Commentaires :

ANNEXE 6 – LISTE DES DOCUMENTS EXCLUS ET RAISONS D'EXCLUSION

Auteurs, année [réf]	Raisons d'exclusion
Anonyme, 1997 [53]	Critères d'inclusion/exclusion
Anonyme, 2009 [54]	Critères d'inclusion/exclusion
Anonyme, 2009 [55]	Critères d'inclusion/exclusion
Anonyme, 2010 [56]	Critères d'inclusion/exclusion
Anonyme, 1998 [57]	Critères d'inclusion/exclusion
Agostini, 2001 [58]	Critères d'inclusion/exclusion
Ashaye, 1997 [14]	Critères d'inclusion/exclusion
Aud, 2010 [59]	Critères d'inclusion/exclusion
Bowers, 2011 [60]	Critères d'inclusion/exclusion
Bowers, 2000 [61]	Critères d'inclusion/exclusion
Bowers, 2006 [62]	Critères d'inclusion/exclusion
Blumenfield, 2000 [63]	Critères d'inclusion/exclusion
Capezuti, 2009 [31]	Critères d'inclusion/exclusion
Carter Moran, 1979 [64]	Critères d'inclusion/exclusion
Cardell, 1999 [15]	Critères d'inclusion/exclusion
Cleary, 1999 [13]	Critères d'inclusion/exclusion
Cox, 2010 [65]	Critères d'inclusion/exclusion
Dennis, 1998 [66]	Critères d'inclusion/exclusion
Dennis, 1997 [67]	Critères d'inclusion/exclusion
Diduszyn, 2008 [18]	Qualité méthodologique
Dodds, 2001 [12]	Qualité méthodologique
Duffy, 1995 [48]	Critères d'inclusion/exclusion
ECRI, 2004 [34]	Critères d'inclusion/exclusion
ECRI, 2004 [68]	Critères d'inclusion/exclusion
Fairbrother, 1981 [69]	Critères d'inclusion/exclusion
Fitzgerald, 1974 [17]	Critères d'inclusion/exclusion
Fletcher, 1999 [70]	Critères d'inclusion/exclusion
Freeman, 2004 [71]	Critères d'inclusion/exclusion
Futrell, 2002 [72]	Critères d'inclusion/exclusion
Futrell, 2010 [73]	Critères d'inclusion/exclusion

Gaskin, 2007 [74]	Critères d'inclusion/exclusion
Goldberg, 1987 [47]	Critères d'inclusion/exclusion
Goldberg, 1989 [75]	Critères d'inclusion/exclusion
Gray, 2008 [76]	Critères d'inclusion/exclusion
Harding, 2010 [7]	Critères d'inclusion/exclusion
Hilbe, 2010 [77]	Critères d'inclusion/exclusion
Horton, 2008 [78]	Critères d'inclusion/exclusion
Jagella, 1992 [79]	Critères d'inclusion/exclusion
Jayaram, 2010[80]	Critères d'inclusion/exclusion
Kelly, 2002 [19]	Qualité méthodologique
Kettles, 2007 [81]	Critères d'inclusion/exclusion
Kettles, 2009 [82]	Critères d'inclusion/exclusion
Kirkevold, 2004 [20]	Qualité méthodologique
Kramer, 1971 [83]	Critères d'inclusion/exclusion
Lin, 2005 [84]	Critères d'inclusion/exclusion
Lipkis-Orlando, 1993 [85]	Critères d'inclusion/exclusion
Lomas, 2007 [86]	Critères d'inclusion/exclusion
Mackay, 2005 [87]	Critères d'inclusion/exclusion
Macy, 2007 [88]	Critères d'inclusion/exclusion
Melillo, 1998 [89]	Critères d'inclusion/exclusion
Miskelly, 2004[21]	Qualité méthodologique
Miskelly, 2005 [90]	Critères d'inclusion/exclusion
Miskelly, 2001 [91]	Critères d'inclusion/exclusion
Miskelly, 2005 [92]	Critères d'inclusion/exclusion
Moretz, 1995 [93]	Critères d'inclusion/exclusion
Nelson, 2004 [6]	Critères d'inclusion/exclusion
Oliver, 2002 [94]	Critères d'inclusion/exclusion
Oliver, 2010 [95]	Critères d'inclusion/exclusion
Pitula, 1996 [16]	Critères d'inclusion/exclusion
Ray, 2011 [96]	Critères d'inclusion/exclusion
Siders, 2004 [22]	Qualité méthodologique
Talley, 1990 [97]	Critères d'inclusion/exclusion
Tilly, 2008 [98]	Critères d'inclusion/exclusion
Torkelson, 1999 [99]	Critères d'inclusion/exclusion

Turjanica, 1998 [100]	Critères d'inclusion/exclusion
Tzeng, 2008 [101]	Critères d'inclusion/exclusion
Tzeng, 2007 [102]	Critères d'inclusion/exclusion
Vass, 2009 [103]	Critères d'inclusion/exclusion
Vendome group LLC, 1996 [104]	Critères d'inclusion/exclusion
Vu, 2005 [105]	Critères d'inclusion/exclusion
Wagner, 2004 [106]	Critères d'inclusion/exclusion
Wagner, 2012 [107]	Critères d'inclusion/exclusion
Wagner, 1996 [108]	Critères d'inclusion/exclusion
Watzke, 1992 [109]	Critères d'inclusion/exclusion
Whitehead, 2006 [110]	Critères d'inclusion/exclusion
Sailas, 2012 [111] The Cochrane Collaboration	Critères d'inclusion/exclusion
AHRQ [112]	Autre : Données déjà rapportées (Agostini, 2001)
OHTAC, 2008 [113]	Critères d'inclusion/exclusion
CADTH, 2008 [23]	Qualité méthodologique
CADTH, 2010 [114]	Critères d'inclusion/exclusion
CADTH, 2010b [115]	Critères d'inclusion/exclusion
CADTH, 2011 [116]	Critères d'inclusion/exclusion
NICE/NHAS, 2004 [117]	Critères d'inclusion/exclusion
CAMH/OHTAC, 2008 [118]	Critères d'inclusion/exclusion

RÉFÉRENCES

- [1] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*. www.msss.gouv.qc.ca. 2002.
- [2] Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Centre hospitalier universitaire de Québec. Évaluation des lits bas comme mesure alternative à la contention et à l'isolement chez des personnes hospitalisées ou en centres d'hébergement. Note informative préparée par Martin Bussièrès, Mélanie Hamel, Martin Coulombe et Marc Rhainds (UETMIS 04-11), Québec, 2011: 12 p.
- [3] Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Centre hospitalier universitaire de Québec. Guide méthodologique de recherche et analyse documentaire de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. 2007.
- [4] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*. www.msss.gouv.qc.ca. 2011.
- [5] Bower FL, McCullough CS, Timmons ME. A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with *patients* in psychiatric and acute care settings: 2003 update. *Online J Knowl Synth Nurs*. 2003; 10: 1.
- [6] Nelson A, Powell-Cope G, Gavin-Dreschnack D, Quigley P, Bulat T, Baptiste AS, et al. Technology to promote safe mobility in the *elderly*. *Nurs Clin North Am*. 2004; 39(3): 649-71.
- [7] Harding AD. Observation assistants: sitter effectiveness and industry measures. *Nurs Econ*. 2010; 28(5): 330-6.
- [8] Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 3: CD002084.
- [9] Manna M. Effectiveness of formal observation in inpatient psychiatry in preventing adverse outcomes: the state of the science. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010; 17(3): 268-73.
- [10] Stewart D, Bowers L, Warburton F. Constant special observation and self-harm on acute psychiatric wards: a longitudinal *analysis*. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009; 31(6): 523-30.
- [11] Bowers L, Whittington R, Nolan P, Parkin D, Curtis S, Bhui K, et al. Relationship between service ecology, special observation and *self-harm* during acute in-patient care: City-128 study. *Br J Psychiatry*. 2008; 193(5): 395-401.
- [12] Dodds P, Bowles N. Dismantling formal observation and refocusing nursing activity in acute inpatient psychiatry: a case study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2001; 8(2): 183-8.
- [13] Cleary M, Jordan R, Horsfall J, Mazoudier P, Delaney J. Suicidal patients and special observation. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 1999; 6(6): 461-7.
- [14] Ashaye O, Ikkos G, Rigby E. Study of effects of constant observation of psychiatric in-patients. *PSYCHIATR BULL*. 1997; 21(3): 145-7.
- [15] Cardell R, Pitula CR. Suicidal inpatients' perceptions of therapeutic and nontherapeutic aspects of constant observation. *Psychiatr Serv*. 1999; 50(8): 1066-70.
- [16] Pitula CR, Cardell R. Suicidal inpatients' experience of constant observation. *Psychiatr Serv*. 1996; 47(6): 649-51.
- [17] Fitzgerald-Briggs P. Specializing in Psychiatry: Therapeutic or custodial? *Nursing Outlook*. 1974; 22(10): 632-5.
- [18] Diduszyn J, Hofmann MT, Naglak M, Smith DG. Use of a wireless nurse alert fall monitor to prevent inpatient falls. *J Clin Outcomes Manage*. 2008; 15(6): 293-6.
- [19] Kelly KE, Phillips CL, Cain KC, Polissar NL, Kelly PB. Evaluation of a nonintrusive monitor to reduce falls in nursing home patients. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2002; 3(6): 377-82.
- [20] Kirkevold O, Sandvik L, Engedal K. Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004; 19(10): 980-8.
- [21] Miskelly F. A novel system of electronic tagging in patients with dementia and wandering. *Age Ageing*. 2004; 33(3): 304-6.
- [22] Siders C, Nelson A, Brown LM, Joseph I, Algase D, Beattie E, et al. Evidence for implementing nonpharmacological interventions for wandering. *Rehabil Nurs*. 2004; 29(6): 195-206.
- [23] CADTH. Fall prevention devices in long-term care facilities: clinical and cost effectiveness. 2008.

- [24] Oliver D, Connelly JB, Victor CR, Shaw FE, Whitehead A, Genc Y, et al. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ*. 2007; 334(7584): 82.
- [25] Robinson L, Hutchings D, Corner L, Beyer F, Dickinson H, Vanoli A, et al. A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use. *Health Technology Assessment*. 2006; 10(26): iii-54.
- [26] Kwok T, Mok F, Chien WT, Tam E. Does access to bed-chair pressure sensors reduce physical restraint use in the rehabilitative care setting? *J Clin Nurs*. 2006; 15(5): 581-7.
- [27] Tideiksaar R, Feiner CF, Maby J. Falls prevention: the efficacy of a bed alarm system in an acute-care setting. *Mt Sinai J Med*. 1993; 60(6): 522-7.
- [28] Sahota O. Vitamin D and in-patient falls. *Age Ageing*. 2009; 38(3): 339-40.
- [29] Kelly KE, Phillips CL, Cain KC, Polissar NL, Kelly PB. Evaluation of a nonintrusive monitor to reduce falls in nursing home patients. *J Am Med Dir Assoc*. 2002; 3(6): 377-82.
- [30] Aud MA. Dangerous wandering: Elopements of older adults with dementia from long-term care facilities. *Am J Alzheimer's Dis Other Dem*. 2004; 19(6): 361-8.
- [31] Capezuti E, Brush BL, Lane S, Rabinowitz HU, Secic M. Bed-exit alarm effectiveness. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009; 49(1): 27-31.
- [32] Miles S, Parker K. Pictures of fatal bedrail entrapment. *Am Fam Physician*. 1998; 58(8): 1755, 9-60.
- [33] ECRI. Bed-exit alarms. A component (but only a component) of fall prevention. *Health Devices*. 2004; 33(5): 157-68.
- [34] ECRI. Bed exit alarms. *Health Devices*. 2004; 33(9): 305-30.
- [35] Niemeijer AR, Frederiks BJ, Riphagen II, Legemaate J, Eefsting JA, Hertogh CM. Ethical and practical concerns of surveillance technologies in residential care for people with dementia or intellectual disabilities: an overview of the literature. *Int Psychogeriatr*. 2010; 22(7): 1129-42.
- [36] Niemeijer AR, Frederiks BJ, Depla MF, Legemaate J, Eefsting JA, Hertogh CM. The ideal application of surveillance technology in residential care for people with dementia. *Journal of medical ethics*. 2011; 37(5): 303-10.
- [37] Zwijssen SA, Depla MF, Niemeijer AR, Francke AL, Hertogh CM. Surveillance technology: an alternative to physical restraints? A qualitative study among professionals working in nursing homes for people with dementia. *Int J Nurs Stud*. 2012; 49(2): 212-9.
- [38] Landau R, Auslander GK, Werner S, Shoval N, Heinik J. Who should make the decision on the use of GPS for people with dementia? *Aging & mental health*. 2011; 15(1): 78-84.
- [39] Landau R, Werner S, Auslander GK, Shoval N, Heinik J. Attitudes of family and professional care-givers towards the use of GPS for tracking patients with dementia: an exploratory study. *British Journal of Social Work*. 2009; 39(4): 670-92.
- [40] Hughes JC, Newby J, Louw SJ, Campbell G, Hutton JL. Ethical issues and tagging in dementia: a survey. *Journal of Ethics in Mental Health*. 2008; 3(1): 6p.
- [41] Neilson P, Brennan W. The use of special observations: an audit within a psychiatric unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2001; 8(2): 147-55.
- [42] Jaworowski S, Raveh D, Lobel E, Fuer A, Gropp C, Mergui J. Constant Observation in the general hospital: a review. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*. 2008; 45(4): 278-84.
- [43] Bowers L, Park A. Special observation in the care of psychiatric inpatients: a literature review. *Issues Ment Health Nurs*. 2001; 22(8): 769-86.
- [44] Beachamp TL, Childless JF. Principles and Practice of Biomedical Ethics (sixth). 2009; New York: University Press.
- [45] Robinson L, Hutchings D, Dickinson HO, Corner L, Beyer F, Finch T, et al. Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22(1): 9-22.
- [46] Bowers L, Simpson A. Observing and engaging. *Mental Health Practice*. 2007; 10(10): 12-4.
- [47] Goldberg RJ. Use of constant observation with potentially suicidal patients in general hospitals. *Hosp Community Psychiatry*. 1987; 38(3): 303-5.
- [48] Duffy D. Out of the shadows: a study of the special observation of suicidal psychiatric in-patients. *Journal of advanced nursing*. 1995; 21(5): 944-50.
- [49] Bowers L. The expression and comparison of ward incident rates. *Issues Ment Health Nurs*. 2000; 21(4): 365-74.

- [50] Stewart D, Bowers L, Ross J. Managing risk and conflict behaviours in acute psychiatry: the dual role of constant special observation. *Journal of advanced nursing*. 2011.
- [51] Stevenson C, Cutcliffe J. Problematizing special observation in psychiatry: Foucault, archaeology, genealogy, discourse and power/knowledge. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006; 13(6): 713-21.
- [52] Bowles N, Dodds P, Hackney D, Sunderland C, Thomas P. Formal observations and engagement: a discussion paper. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002; 9(3): 255-60.
- [53] Anonyme. New EAS systems expanded to track wandering patients off-premises. *Hosp Secur Saf Manage*. 1997; 18(5): 14.
- [54] Anonyme. Continuous vigilance monitoring: safety technology benefits patients and saves nursing time. *Nursing*. 2009; 39(7): 19.
- [55] Anonyme. (Nana technology) GPS shoe offers caretakers way of locating 'wandering' seniors. *Aging News Alert*. 2009: 10.
- [56] Anonyme. High-Tech Devices Help Keep Track of Loved Ones Who Wander. *Aging News Alert*. 2010: 1-.
- [57] Anonyme RF (radio frequency) system to monitor wandering patients ends alarm problem. *Hosp Secur Saf Manage*. 1998; 19(2): 2-3.
- [58] Agostini J, Baker D, Bogardus S. Prevention of falls in hospitalized and institutionalized older people. *Agency for Healthcare Research and Quality*. 2001; www.ahrq.gov.
- [59] Aud MA, Abbott CC, Tyrer HW, Neelgund RV, Shrinivar UG, Mohammed A, et al. Smart Carpet: Developing a sensor system to detect falls and summon assistance. *J Gerontol Nurs*. 2010; 36(7): 8-12.
- [60] Bowers L, Ross J, Nijman H, Muir-Cochrane E, Noorthoorn E, Stewart D. The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England. *Journal of advanced nursing*. 2011.
- [61] Bowers L, Gournay K, Duffy D. Suicide and self-harm in inpatient psychiatric units: a national survey of observation policies. *Journal of advanced nursing*. 2000; 32(2): 437-44.
- [62] Bowers L. On conflict, containment and the relationship between them. *Nurs Inq*. 2006; 13(3): 172-80.
- [63] Blumenfeld M, Milazzo J, Orlowski B. Constant observation in the general hospital. *Psychosomatics*. 2000; 41(4): 289-93.
- [64] Carter Moran J. An alternative fo constant observation. *Perspectives in Psychiatric Care*. 1979; 17(3).
- [65] Cox A, Hayter M, Ruane J. Alternative approaches to 'enhanced observations' in acute inpatient mental health care: A review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010; 17(2): 162-71.
- [66] Dennis S. Formal observation in the acute in-patient setting: policy, training and practice. *Mental Health Care*. 1998; 2(1): 26-8.
- [67] Dennis S. Close observation: how to improve assessment. *Nursing Times*. 1997; 93(24): 54-6.
- [68] ECRI. Bed-exit alarms. A component (but only a component) of fall prevention. *Health Devices*. 2004; 33(5): 157-68.
- [69] Fairbrother C. Care without worry... the Care Call alarm system. *Nursing Times*. 1981; 77: 1719-20.
- [70] Fletcher RF. The process of constant observation: perspectives of staff and suicidal patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 1999; 6(1): 9-14.
- [71] Freeman MA. Motion device: an alternative to physical restraints. *Geriatr Nurs*. 2004; 25(3): 175.
- [72] Futrell M, Melillo KD. Evidence-based protocol: wandering. *Journal of Gerontological Nursing*. 2002; 28(11): 14-22.
- [73] Futrell M, Melillo KD, Remington R, Schoenfelder DP. Evidence-based guideline. Wandering. *J Gerontol Nurs*. 2010; 36(2): 6-16.
- [74] Gaskin C. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature. *Br J Psychiatry*. 2007; 191: 298-303.
- [75] Goldberg RJ. The use of constant observation in general hospitals. *Int J Psychiatry Med*. 1989; 19(2): 193-201.
- [76] Gray L, McReynolds T, Jordan Z. Falls prevention in a secured dementia unit. *Pacesetters*. 2008; 5(2): 14-5.
- [77] Hilbe J, Schulc E, Linder B, Them C. Development and alarm threshold evaluation of a side rail integrated sensor technology for the prevention of falls. *Int J Med Inform*. 2010; 79(3): 173-80.
- [78] Horton K. Falls in older people: the place of telemonitoring in rehabilitation. *J Rehabil Res Dev*. 2008; 45(8): 1183-94.
- [79] Jagella E, Tideiksaar R, Mulvihill M, Neufeld R. Alarm devices instead of restraints? *J Am Geriatr Soc*. 1992; 40(2): 191.

- [80] Jayaram G, Sporney H, Perticone P. The utility and effectiveness of 15-minute checks in inpatient settings. *Psychiatry (Edgemont)*. 2010; 7(8): 46-9.
- [81] Kettles AM, Paterson K. Flexible observation: guidelines versus reality. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2007; 14(4): 373-81.
- [82] Kettles A, Ado M. Observation: time for an overview. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2009; 16: 813-21.
- [83] Kramer JR, Mittlestedt D. "Geriatric sitter" provides needed attention for difficult patients. *Mod Nurs Home*. 1971; 26(2): 44-5.
- [84] Lin JT, Lane JM. Falls in the elderly population. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinics of North America*. 2005; 16 (1): 109-28.
- [85] Lipkis-Orlando R, Mian P, Levy G, Lussier-Cushing M. Challenge for the 90s: a safe and cost-effective sitter program. *Medsurg Nurs*. 1993; 2(6): 483-5.
- [86] Lomas C. Sensor alarm helps prevent falls. *Nursing Times*. 2007; 103(27): 6.
- [87] Mackay I, Paterson B, Cassells C. Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: Nurses' perceptions of the rules of engagement. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2005; 12(4): 464-71.
- [88] Macy D, Johnston M. Using electronic wristbands and a triage protocol to protect mental health patients in the emergency department. *Journal of Nursing Care Quality*. 2007; 22(2): 180-4.
- [89] Melillo KD, Futrell M. Clinical outlook. Wandering and technology devices: helping caregivers ensure the safety of confused older adults. *Journal of Gerontological Nursing*. 1998; 24(8): 32-8.
- [90] Miskelly F, Yeung S, Hatt C, McCafferty J. Keeping track. *J Dementia Care*. 2005; 13(3): 36-7.
- [91] Miskelly FG. Assistive technology in elderly care. *Age Ageing*. 2001; 30(6): 455-8.
- [92] Miskelly F. Electronic tracking of patients with dementia and wandering using mobile phone technology. *Age Ageing*. 2005; 34(5): 497-9.
- [93] Moretz C, Dommel A, Deluca K. Untied: a safe alternative to restraints. *Medsurg Nurs*. 1995; 4(2): 128-32.
- [94] Oliver D, Martin F, Seed P. Preventing patient falls [1]. *Age Ageing*. 2002; 31(1): 75-6.
- [95] Oliver D, Healey F, Haines TP. Preventing falls and fall-related injuries in Hospitals. *Clin Geriatr Med*. 2010; 26(4): 645-92.
- [96] Ray R, Perkins E, Meijer B. The Evolution of Practice Changes in the Use of Special Observations. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011; 25(2): 90-100.
- [97] Talley S, Davis DS, Goicoechea N, Brown L, Barber LL. Effect of psychiatric liaison nurse specialist consultation on the care of medical-surgical patients with sitters. *Arch Psychiatr Nurs*. 1990; 4(2): 114-23.
- [98] Tilly J, Reed P. Falls, wandering, and physical restraints: a review of interventions for individuals with dementia in assisted living and nursing homes. *Alzheimer's Care Today*. 2008; 9(1): 45-50.
- [99] Torkelson DJ, Dobal MT. Constant observation in medical-surgical settings: a multihospital study. *Nurs Econ*. 1999; 17(3): 149-55.
- [100] Turjanica MA, Ardabell TR, Mancini B, Attari C. Constant observation: maintain safety, lower costs. *Nurs Manage*. 1998; 29(10): 82-3.
- [101] Tzeng HM, Yin CY, Grunawalt J. Effective assessment of use of sitters by nurses in inpatient care settings. *Journal of advanced nursing*. 2008; 64(2): 176-83.
- [102] Tzeng HM, Yin CY. Using family visitors, sitters, or volunteers to prevent inpatient falls. *J Nurs Adm*. 2007; 37(7-8): 329-34.
- [103] Vass CD, Sahota O, Drummond A, Kendrick D, Gladman J, Sach T, et al. REFINE (Reducing Falls in In-patient Elderly)—a randomised controlled trial. *Trials*. 2009; 10: 83.
- [104] Vendome group LLC. Wandering and elopement technologies: a guide *Nursing Homes: Long Term Care Management*. 1996; 45(9): 19.
- [105] Vu MQ, Weintraub N, Rubenstein LZ. Falls in the Nursing Home: Are they preventable? *Journal of the American Medical Directors Association*. 2005; 6(3 SUPPL.): S81-S7.
- [106] Wagner L. New technologies enhance patient safety. *Provider*. 2004; 30(3): 20, 3-6, 8 passim.
- [107] Wagner F, Basran J, Bello-Haas VD. A Review of Monitoring Technology for Use With Older Adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy*. 2012; 35(1): 28-34.

- [108] Wagner JS. Guide to medical devices. Wandering and fall prevention: new solutions to a perennial problem. *Nursing*. 1996; 26(8): 24s-t.
- [109] Watzke JR, Kemp B. Safety for older adults: The role of technology and the home environment. *Top Geriatr Rehab*. 1992; 7(4): 9-21.
- [110] Whitehead E, Mason T. Assessment of risk and special observations in mental health practice: A comparison of forensic and non-forensic settings. *Int J Ment Health Nurs*. 2006; 15(4): 235-41.
- [111] Sallas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses (Review). *The Cochrane Collaboration*. 2012; JohnWiley & Sons, Ltd.
- [112] AHRQ. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. *AHRQ publication 01-E058*. 2001.
- [113] Ontario Health Technology Advisory Committee. OHTAC recommendation - Aging in the community. 2008.
- [114] CADTH. Fall prevention in the emergency department. 2010.
- [115] CADTH. Use of Restraint and Alternate Strategies in Adults in Mental Health Care Settings: Clinical Effectiveness and Guidelines In: <http://www.cadth.ca/eds>. 2010b.
- [116] CADTH. Fall Prevention Strategies: Clinical Effectiveness and Guidelines In: <http://www.cadth.ca/eds>. 2011.
- [117] NICE. The assessment and prevention of falls in older people: clinical guideline 21. 2004.
- [118] CAMH/OHTAC CfaaMH-. Restraint minimisation task force. 2008.

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)
Hôpital Saint-François d'Assise du CHU de Québec
10, rue de l'Espinay, bureau D7-741
Québec (Québec) G1L 3L5

Les publications de l'UETMIS sont disponibles
à l'adresse électronique suivante :
www.chuq.qc.ca/fr/evaluation/etmis

Secrétariat : 418 525-4444 poste 54682
francine.daudelin@chuq.qc.ca