



Identification des facteurs
influençant le risque qu'un
usager atteint d'une déficience
intellectuelle, d'un trouble du
spectre de l'autisme ou d'un trouble
de santé mentale soit manquant

RAPPORT d'ETMI abrégée

Novembre 2021

Responsabilité

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et les membres de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) 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.

Pour citer ce document

Ndjepel, J., Cummings, J. et St-Jacques, S. (2021). *Identification des facteurs influençant le risque qu'un usager atteint d'une déficience intellectuelle, d'un trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble de santé mentale soit manquant* – ETMI abrégée, UETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale, 80 p.

Production

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2021

Dépôt légal, 2021

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-90770-1 (imprimé)

ISBN : 978-2-550-90771-8 (PDF)

Auteurs

Jacky Ndjepel, Ph. D. (c), professionnelle en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS), Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale

Julie Cummings, M.A., professionnelle en ETMISSS, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Sylvie St-Jacques, Ph. D., responsable scientifique de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS), DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Demandeur

Karl Johnson, conseiller-cadre, Direction des services multidisciplinaires (DSM), CIUSSS de la Capitale-Nationale

Gestionnaire du mandat

Catherine Safianyik, chef de service de l'UETMISSS et de la bibliothèque, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Recherche documentaire

Élyse Granger, bibliothécaire, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Conseil scientifique

Jacinthe Cloutier, directrice adjointe aux services à l'adulte du programme Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP), CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre du Québec, Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme

Germain Couture, agent de planification, de programmation et de recherche, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre du Québec, Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme

Jean-François Giguère, chef de programme, Direction Santé mentale et Dépendances (DSMD), CIUSSS de la Capitale-Nationale

Comité de suivi

Patrick Arial, conseiller-cadre aux mandats transversaux, DSM, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Annick Bergeron, psychoéducatrice en résidence intermédiaire – résidence de type familial (RI-RTF), CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre du Québec, Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme

Marie Bernier, usagère partenaire, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Marianne Boies, spécialiste en activités cliniques, DDITSADP, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Marc-André Brassard, chef de service intégration au travail et communautaire adulte DI-TSA et résidence à assistance continue (RAC), CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre du Québec Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme

Jannick Forcier, chef de programme en santé mentale, DSMD, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Karl Johnson, conseiller-cadre, DSM, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Denise Lafleur, représentante du comité des usagers, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec (CRDIQ), CIUSSS de la Capitale-Nationale

Marie-Ève Nadeau, éducatrice spécialisée, DSMD, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Annie Ross, chef de programme Déficience intellectuelle – Trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA), CIUSSS de la Capitale-Nationale

Mise en page

Dedna Dazulmé, technicienne en administration, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Révision linguistique

Anne-Marie Tourville, technicienne en administration, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Conception graphique

Karine Binette, technicienne en arts graphiques, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Correspondance

Catherine Safianyik, chef de service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux et de la bibliothèque, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale, catherine.safianyik.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

RÉSUMÉ

CONTEXTE

Depuis la réforme du réseau de la santé en 2015, des événements d'absences non autorisées (ANA) ou usagers manquants ont été constatés au sein de différentes directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Une réflexion sur la prévention et la gestion des usagers manquants s'est alors enclenchée et a conduit à l'élaboration d'une politique adoptée en novembre 2020. Une bonne connaissance des facteurs de risque associés aux usagers manquants demeure un enjeu important pour les équipes cliniques. Aussi, plusieurs centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et CIUSSS rencontrent des événements d'ANA d'où l'intérêt d'améliorer les pratiques.

OBJECTIF

La présente ETMI a pour but d'identifier les facteurs de risque les plus pertinents à considérer en clinique pour dépister/évaluer les usagers à risque d'ANA, mais aussi de rapporter les outils/pratiques pour les évaluer autant pour la clientèle en santé mentale (SM) que celle en déficience intellectuelle-Trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA).

MÉTHODOLOGIE

Une revue de la littérature basée sur une approche systématique a été réalisée dans les bases de données *MEDLINE*, *CINHAL* et *PsycINFO* pour repérer la littérature scientifique publiée de janvier 2000 à janvier 2021. Une autre recherche sur le web a été conduite pour retrouver la littérature grise. La qualité méthodologique des études et la crédibilité de la littérature grise ont été évaluées respectivement par les outils *Qualsys* et *Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date and Significance*. Les données pertinentes ont été colligées dans une grille d'extraction puis analysées selon les questions d'évaluation. Une collecte de données terrain a été aussi effectuée sous forme de sondage adressé aux CISSS et aux CIUSSS de la province, le but étant d'identifier les outils/pratiques utilisés dans ces établissements pour dépister les usagers manquants.

RÉSULTATS

La recherche documentaire a repéré 2 911 documents, et 23 ont été retenus dont 16 études scientifiques et 7 documents de littérature grise. Différents facteurs ayant démontré une association avec les ANA ont été identifiés. Des facteurs prédictifs ont également été rapportés à l'issue d'une analyse simultanée de plusieurs facteurs associés afin de déterminer lesquels sont les plus prédictifs de la survenue d'ANA. Selon un niveau de preuve élevé, les facteurs prédictifs d'ANA sont un jeune âge (moins de 40 ans), un diagnostic de schizophrénie, des problèmes de consommation de substances, des antécédents de fugue, un statut légal (détention involontaire) et une courte durée de séjour en unité psychiatrique (moins de 21 jours). La présence de comorbidités de même que le sexe masculin et l'appartenance à une minorité ethnique sont des facteurs prédictifs d'ANA associés à un niveau de preuve modéré. Aucun outil/pratique standardisé spécifique à la mesure du risque d'ANA n'a été identifié. Les données terrain recueillies sont insuffisantes pour dresser un portrait des outils/pratiques utilisés au sein du réseau de la santé.

CONCLUSION

Différents facteurs de risque (individuels et environnementaux) les plus pertinents à considérer en clinique pour le dépistage du risque d'ANA ont été identifiés. Bien qu'aucun outil standardisé spécifique n'ait été identifié, des outils existants pourraient être adaptés pour l'évaluation du risque d'ANA.

Table des matières

1 › Contexte	10
2 › Problématique	11
3 › Méthodologie.....	13
3.1 › Question décisionnelle.....	13
3.2 › PICOTS.....	13
3.3 › Question d'ETMI et questions d'évaluation	14
3.4 › Recherche documentaire.....	14
3.4.1 › Recherche dans les bases de données bibliographiques	14
3.4.2 › Recherche sur le web (littérature grise)	15
3.5 › Sélection, extraction et évaluation des documents	15
3.6 › Collecte de données terrain (sondage).....	15
3.7 › Synthèse et analyse des résultats	15
3.8 › Niveau de preuve et formulation des constats.....	16
4 › Résultats	17
4.1 › Sélection des documents.....	17
4.2 › Caractéristiques des documents retenus.....	17
4.3 › Synthèse narrative	19
4.3.1 › Clientèle DI-TSA	19
4.3.1.1 › Facteurs individuels psychosociaux	19
4.3.1.2 › Facteurs environnementaux	19
4.3.2 › Clientèle santé mentale.....	19
4.3.2.1 › Facteurs de risque individuels d'ANA.....	19
4.3.2.2 › Facteurs de risque environnementaux d'ANA	26
4.3.3 › Outils et pratiques de dépistage du risque d'ANA	29
4.3.4 › Collecte de données terrain (sondage).....	30
5 › Analyse des résultats	32
5.1 › Facteurs de risque liés aux ANA	32
5.1.1 › Facteurs de risque associés aux ANA	32
5.1.2 › Facteurs prédicteurs des ANA.....	34
5.2 › Outils et pratiques de dépistage des ANA.....	34
5.3 › Données terrain (sondage).....	35
6 › Constats	36
6.1 › Clientèle DI-TSA	36
6.2 › Clientèle santé mentale.....	36
7 › Discussion	38
8 › Conclusion	39
Annexe I : Stratégie de recherche pour chaque base de données.....	40
Annexe II : Schéma de sélection des documents.....	53
Annexe III : Extraction des données.....	54
Annexe IV : Questionnaire (sondage).....	74
Bibliographie	76

Liste des tableaux

Tableau 1 : Définition des critères PICOTS et des critères de sélection.....	13
Tableau 2 : Concepts utilisés pour la recherche documentaire et exemples de mots-clés.....	14
Tableau 3 : Caractéristiques des études retenues (clientèle santé mentale).....	17
Tableau 4 : Description des documents de littérature grise.....	18
Tableau 5 : Synthèse des facteurs de risque individuels associés aux absences non autorisées (ANA).....	20
Tableau 6 : Synthèse des facteurs de risque environnementaux associés aux absences non autorisées (ANA).....	26
Tableau 7 : Description des outils de dépistage identifiés.....	29
Tableau 8 : Synthèse des résultats du sondage.....	30
Tableau 9 : Appréciation du niveau de preuve scientifique.....	33

Liste des abréviations et des sigles

ANA	Absence non autorisée
AWAARE	<i>Autism Wandering Awareness Alerts Response and Education</i>
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DI-TSA	Déficience intellectuelle – Trouble du spectre de l'autisme
Dx	Diagnostic
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
ETMISSS	ETMI en santé et services sociaux
HCR-20	<i>Historical clinical and Risk Management</i>
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
PICOTS	Population – Intervention – Comparateur – <i>Outcomes</i> – Temporalité – <i>Setting</i>
PRESS	<i>Peer Review of Electronic Search Strategies</i>
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
RI-RTF	Ressources intermédiaires et de type familial
Rx	Médication
SM	Santé mentale
START	<i>Short-Term Assessment of Risk and Treatability</i>
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
Tx	Traitement
UETMISSS	Unité d'ETMI en santé et services sociaux
VRAG	<i>Violence Risk Appraisal</i>

GLOSSAIRE

Absence non autorisée

« Défaut de retour d'un congé préalablement déterminé; liberté non autorisée à l'extérieur du lieu d'hébergement (sous la responsabilité du réseau de la santé) » (Cabarkapa *et al.*, 2020, Traduction libre).

Association

Démonstration d'une liaison entre deux variables.

- > Analyse univariée : analyse qui prend en compte un seul facteur (ex. : Khi^2)
- > Analyse multivariée : analyse qui prend en compte plusieurs facteurs simultanément (ex. : régression logistique)

Corrélation

Relation entre deux variables qui évoluent ensemble. Les variables n'exercent pas nécessairement une influence l'une sur l'autre.

Dépistage

L'objectif du dépistage est de détecter les personnes qui, dans une population apparemment en bonne santé, présentent un risque supérieur de contracter une maladie ou un problème de santé, de façon à ce qu'un traitement ou une intervention précoce puisse être offert (OMS, 2020).

Événement sentinelle

Un événement sentinelle « englobe des événements de deux ordres : ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques ou ceux qui se sont produits à une grande fréquence, même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves ». (Procédure relative à la déclaration et à la gestion des événements survenant lors de la prestation de soins et de services - Procédure no : PR-PO-02-1, CIUSSS de la Capitale-Nationale).

Facteur de risque

Tout élément qui, seul ou combiné à d'autres, augmente la probabilité d'engendrer des effets négatifs sur la santé de la population exposée. Les facteurs de risque sont diversifiés. Ils peuvent être individuels, technologiques, sociaux, économiques, environnementaux ou politiques (INSPQ, 2018).

Dans le cadre de cette ETMI, les facteurs de risque sont les variables pour lesquelles une association a été observée avec les ANA. Ce sont des variables qui pourraient donc augmenter la probabilité d'une ANA.

Facteur associé aux ANA

Facteurs (ex. : âge, sexe, antécédents) qui ont démontré une association avec les absences non autorisées.

Facteur prédicteur d'ANA

Facteur identifié à la suite de l'analyse simultanée de différents facteurs associés afin de déterminer ceux qui prédisent le plus les absences non autorisées.

Fugue

La fugue est une intention volontaire de quitter une unité ou un établissement sécuritaire sans permission (Aud, 2004; Lucero, 2002 dans Brickwell *et al.*, 2009).

Fuite

Le comportement de fuite s'applique à un usager qui quitte son unité de soins sans permission ou qui viole ses conditions de congé. C'est également considéré comme un incident lié à la sécurité en raison de la vulnérabilité du patient et des risques qu'il présente pour lui-même et pour les autres (Brickwell *et al.*, 2009).

Meilleures pratiques

Pratiques basées sur les meilleurs savoirs disponibles, c'est-à-dire les savoirs scientifiques, contextuels et expérientiels (INESSS, 2018).

Niveau de preuve

Le niveau de preuve d'une étude réfère à sa capacité à répondre à la question posée. Cette capacité est évaluée entre autres par l'adéquation du protocole de l'étude et la question posée, l'existence ou non de biais lors de sa réalisation et la taille de l'échantillon (Haute Autorité de Santé, 2013).

Probabilité

Niveau estimé d'apparition d'une conséquence négative sur la santé. Cette estimation peut être quantitative (pourcentage, nombre possible de cas, etc.) ou qualitative (rare, probable, presque certain, etc.) (INSPQ, 2018).

Régression logistique

Modèle d'analyse prédictive de probabilité dont le but est d'isoler les effets de chaque variable, c'est-à-dire d'identifier les effets résiduels d'une variable explicative (ex. : facteur associé) sur une variable d'intérêt (ex. : absence non autorisée), une fois pris en compte les autres variables explicatives introduites dans le modèle (définition tirée de : <https://www.journaldunet.fr/web-tech/guide-de-l-intelligence-artificielle/1501909-regression-logistique-definition-et-cas-d-usage/>).

Statut légal

Ce qui a été statué, décision juridique, ordonnance (Centre national de ressources textuelles et lexicales).

Usager manquant

Usagers qui quittent leur milieu d'hébergement sans autorisation et/ou qui ne le réintègrent pas au moment prévu.

1 > CONTEXTE

Le terme usager manquant fait référence aux usagers qui quittent leur milieu d'hébergement sans autorisation et/ou qui ne le réintègrent pas au moment prévu (absence non autorisée). Ce type d'événement constitue un problème de sécurité pouvant entraîner des conséquences graves pour les usagers, leurs proches et le personnel de la santé. À la suite de la réforme du réseau de la santé au Québec en 2015, plus d'un événement sentinelle d'absences non autorisées (ANA) a été constaté au sein de différentes directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Cette situation a amené l'établissement à enclencher une réflexion sur la prévention et la gestion de la problématique des usagers manquants.

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale a donc mis en place un comité interdirections dont le mandat est d'établir des orientations organisationnelles pour l'élaboration d'une politique concernant les usagers manquants, selon des considérations éthiques, légales et cliniques. Cette politique permettra d'harmoniser les processus cliniques et les bonnes pratiques dans les différentes directions du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ladite politique a été adoptée le 24 novembre 2020.

La prévention et la gestion des ANA impliquent une bonne connaissance des facteurs de risque et de protection qui y sont associés. Pour chacune des directions clientèle, discriminer les facteurs de risque les plus significatifs en lien avec la problématique des usagers manquants selon leurs caractéristiques propres représente un véritable défi. Par conséquent, un groupe de travail constitué de cliniciens et de gestionnaires a été mis sur pied afin d'identifier les facteurs de risque à considérer en clinique. Ce groupe de travail souhaite être soutenu par des données probantes issues de la littérature afin de déterminer les facteurs de risque les plus pertinents. Enfin, comme plusieurs CISSS et CIUSSS rencontrent des événements liés aux ANA, l'amélioration des connaissances et des pratiques s'avère judicieuse au niveau provincial.

C'est dans cette perspective que l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux du CIUSSS de la Capitale-Nationale a été sollicitée. Son mandat est de soutenir le groupe de travail dans l'identification non seulement des facteurs de risque les plus pertinents associés aux situations où des usagers peuvent s'absenter d'un nouveau milieu d'hébergement sans autorisation, mais aussi des pratiques d'évaluation de ces facteurs de risque.

2 > PROBLÉMATIQUE

Les absences non autorisées représentent un problème sérieux pouvant entraîner de lourdes conséquences et constituer un risque pour la sécurité des usagers et de la société. Ce comportement est souvent observé chez la clientèle avec une déficience intellectuelle – trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) et les personnes souffrant de troubles de santé mentale (Boyle et Adamson, 2017; Gowda *et al.*, 2019). Outre le préjudice que les usagers manquants peuvent s'infliger à eux-mêmes et aux autres, cette situation peut conduire à l'arrêt ou à la non-observance d'un traitement et à la consommation de substances nocives (Muir-Cochrane et Mosel, 2008). Ceci peut avoir un impact sur la durée du séjour en milieu d'hébergement, mais aussi sur le rétablissement de l'usager.

Chez les personnes présentant des troubles de santé mentale en particulier, les ANA sont souvent associées à un risque accru de suicide, d'automutilation, d'homicide et de disparition (Brumbles et Meister, 2013; Gerace *et al.*, 2015; Gowda *et al.*, 2019). Un événement d'ANA peut par ailleurs donner lieu à des problèmes émotionnels et professionnels chez le personnel de la santé. En effet, dans les services où un usager manque à l'appel, l'incident suscite souvent des sentiments de culpabilité, d'anxiété et de peur chez les intervenants et peut provoquer des conséquences professionnelles négatives comme le blâme des collègues et/ou de la direction et parfois des mesures punitives (Gerace *et al.*, 2015; Muir-Cochrane et Mosel, 2008).

Il existe actuellement une procédure relative à la recherche d'un usager manquant, appelée « code jaune ». Cette mesure d'urgence vise à décrire les étapes et les actions à privilégier par le personnel de soins et de services lorsque celui-ci constate qu'un usager est manquant dans un établissement donné. La diffusion du code jaune requiert la mobilisation du personnel afin de chercher l'usager. Dans certaines circonstances, d'autres corps de métier, en l'occurrence la police, peuvent être sollicités. Ce processus de signalement et de recherche implique parfois des formalités administratives qui prennent du temps (ex. : contacter les parents et les soignants, assurer la liaison avec la police, remplir les documents, etc.), du temps qui serait autrement consacré à la prestation des soins aux autres usagers (Gerace *et al.*, 2015). Par ailleurs, sur le plan légal, il y a déjà eu des décisions de justice qui ont tenu des hôpitaux responsables des méfaits causés par des usagers qui s'étaient absentes sans autorisation (Brumbles et Meister, 2013).

Deux revues de littérature portant sur les ANA couvrant la littérature publiée jusqu'en 2008 rapportent qu'il est possible de prédire le risque qu'un usager s'absente sans autorisation chez des patients ayant des problématiques de santé mentale. Ces revues ont d'ailleurs dressé le profil type du patient présentant un risque de s'absenter sans autorisation d'un milieu d'hébergement : un homme, jeune, célibataire, appartenant à un groupe défavorisé, avec un diagnostic de schizophrénie (Bowers *et al.*, 1998; Muir-Cochrane et Mosel, 2008). En outre, il a été observé que, de façon générale, un patient s'absente sans autorisation d'un milieu d'hébergement dans les trois premières semaines suivant son admission. Les variations saisonnières ainsi que le changement de quart de travail entre les professionnels sont également des moments propices pour qu'un usager s'absente sans autorisation (Muir-Cochrane et Mosel, 2008).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un facteur de risque se définit comme tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme (OMS, 2013). En référence à la problématique des usagers manquants, il s'agirait de tout élément lié à l'individu, à son environnement ou au système dans lequel il évolue, qui pourrait être associé à ce type de comportement.

La problématique des usagers manquants constitue donc un problème important en raison, notamment, des coûts sociaux et économiques ainsi que des impacts émotionnels considérables qu'il occasionne dans le réseau de la santé. L'identification des facteurs de risque associés et prédicteurs d'ANA va aider les équipes de soins et de services d'une part, à dépister les usagers les plus à risque de s'absenter sans autorisation afin de mieux gérer cette problématique et, d'autre part, à limiter ainsi les incidents qui y sont reliés au sein des établissements et/ou des milieux d'hébergement.

3 > MÉTHODOLOGIE

3.1 > Question décisionnelle

La question décisionnelle à la base de cette ETMI abrégée est la suivante : Quels sont les facteurs associés aux usagers atteints d'une déficience intellectuelle, d'un trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble de santé mentale, qui sont à risque de s'absenter sans autorisation d'un milieu d'hébergement et les pratiques de dépistage/évaluation utilisées pour les identifier?

3.2 > PICOTS

La typologie Population – Intervention – Comparateur – *Outcomes* – Temporalité – *Setting* en abrégée PICOTS, (Samson et Schoelles, 2012) a été utilisée pour formuler la question d'ETMI et les questions d'évaluation, orienter la recherche bibliographique et la sélection des documents pertinents (**Tableau 1**).

Tableau 1 : Définition des critères PICOTS et des critères de sélection

CRITÈRE	INCLUSION	EXCLUSION
Population	Adultes (18 - 65 ans) présentant un des troubles suivants : > Déficience intellectuelle avec ou sans dépendance > Trouble du spectre de l'autisme avec ou sans dépendance > Trouble de santé mentale avec ou sans dépendance	> Enfants, adolescents et personnes âgées > Adultes avec démence ou troubles cognitifs invalidants
Intervention	> Identification des facteurs de risque associés aux usagers manquants (ANA) > Dépistage du risque qu'un usager soit manquant (ANA)	Gestion des ANA, usagers manquants (traitements associés aux usagers manquants)
Comparateur	Aucun	
Outcomes (résultats d'intérêt)	> Facteurs associés au risque qu'un usager soit manquant (ANA) > Pratiques et outils de dépistage/d'évaluation	
Temporalité	Arrivée dans un nouveau milieu de vie ou d'hébergement	
Setting	Milieu d'hébergement structuré (résidences intermédiaires, résidence à assistance continue, RI-RTF, hôpital)	Centres jeunesse, centres de détention

3.3 > Question d'ETMI et questions d'évaluation

À partir des critères PICOTS, la question d'ETMI et deux questions d'évaluation ont été formulées. La question d'ETMI est la suivante :

Quelles sont les pratiques de dépistage/évaluation utilisées pour identifier les adultes atteints d'une déficience intellectuelle, d'un trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble de santé mentale, qui sont à risque de s'absenter sans autorisation d'un nouveau milieu d'hébergement?

- 1) Pour les adultes présentant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou un trouble de santé mentale qui sont dans un nouveau milieu d'hébergement :
 - a) Quels sont les facteurs de risque individuels, environnementaux et systémiques associés aux usagers manquants?
 - b) Quels sont les outils ou les pratiques utilisés pour identifier les usagers à risque de s'absenter sans autorisation?
- 2) Quelles sont les pratiques utilisées pour identifier les usagers avec une DI-TSA et/ou un trouble de santé mentale qui sont à risque de s'absenter sans autorisation des CISSS et des CIUSSS du Québec?

3.4 > Recherche documentaire

3.4.1 > Recherche dans les bases de données bibliographiques

Avec la collaboration d'une bibliothécaire spécialisée en ETMI, la stratégie de recherche documentaire dans les bases de données bibliographiques a été élaborée à partir de deux concepts : absence non autorisée et la clientèle visée, soit DI-TSA ou santé mentale (**Tableau 2**). La stratégie, qui a été révisée par une deuxième bibliothécaire selon la méthode *Peer Review of Electronic Search Strategies* (PRESS) de McGowan *et al.* (2016), inclut pour chacun des concepts des termes de vocabulaire libre et de vocabulaire contrôlé.

Trois bases de données, *MEDLINE*, *PsycInfo* et *CINAHL*, ont été interrogées le 11 janvier 2021, et la recherche a couvert la période de janvier 2000 à janvier 2021. Aucune autre limite n'a été appliquée. Les doublons ont été retirés par la bibliothécaire à l'aide du logiciel EndNote selon la méthode de Bramer *et al.* (2016). En outre, les bibliographies des publications retenues ont été consultées. Les stratégies de recherche détaillées sont présentées à l'**annexe I**.

Tableau 2 : Concepts utilisés pour la recherche documentaire et exemples de mots-clés

CONCEPT 1 : Absence non autorisée	CONCEPT 2 : a. Déficience intellectuelle et autisme b. Trouble de santé mentale
<p><i>elop*</i> <i>abscon*</i> <i>missing patient*</i> <i>fail* to return</i> <i>unauthoris/zed absence*</i> ...</p>	<p>a. <i>intellectual disab*</i> <i>development* disab*</i> <i>autism*/autist*</i></p> <p>b. <i>mental disorder*</i> <i>psychiatr*</i></p>

3.4.2 > Recherche sur le web (littérature grise)

Par définition, la littérature grise représente « tout type de document produit par le gouvernement, l'administration, l'enseignement et la recherche, le commerce et l'industrie, en format papier ou numérique, protégé par les droits de propriété intellectuelle, de qualité suffisante pour être collecté et conservé par une bibliothèque ou une archive institutionnelle, et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale » (Schöpfel, 2012). Tout comme pour la littérature scientifique, la recherche de la littérature grise s'est faite à l'aide des deux concepts définis dans le **tableau 2** du 5 au 8 janvier 2021. Différentes stratégies de recherche ont été utilisées en fonction des sites consultés. Les mots-clés, les sites consultés ainsi que les dates de consultation sont documentés à l'**annexe I**.

3.5 > Sélection, extraction et évaluation des documents

Les documents repérés lors de la recherche documentaire ont été sélectionnés à l'aide de critères d'inclusion et d'exclusion déterminés sur la base de l'outil PICOTS (**Tableau 1**). Seuls les documents en français et en anglais issus des pays de l'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE) ont été considérés. Deux membres de l'équipe de travail se sont partagés la sélection des documents après un accord interjuges établi sur les 200 premiers documents examinés lors de la première phase de sélection (lecture des titres et des résumés) et de 50 documents à la seconde phase (lecture des articles complets).

Par la suite, les données et les informations pertinentes permettant de répondre à la première question d'évaluation ont été extraites des documents retenus par ces deux professionnelles à l'aide de grilles d'extraction structurées. Avant de procéder à l'extraction des articles, un accord interjuges s'est fait entre les deux professionnelles sur l'extraction de cinq articles. Les extractions ont été ensuite mises en commun afin de s'assurer que les informations collectées étaient similaires d'une professionnelle à l'autre. Enfin, la qualité méthodologique des études primaires retenues a été établie à l'aide de l'outil *QualSyst* (Kmet, Lee et Cook, 2004) tandis que celle des revues systématiques a été évaluée avec l'outil AMSTAR 2 (Shea *et al.*, 2017). Quant aux documents de littérature grise, leur crédibilité a été déterminée sur la base de l'outil d'évaluation et d'appréciation critique de littérature grise (*Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date and Significance, AACODS*) adopté par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS, 2016).

3.6 > Collecte de données terrain (sondage)

La collecte de données terrain avait pour objectif de répondre à la seconde question d'évaluation qui porte sur l'identification des pratiques et des outils utilisés dans les CISSS et CIUSSS de la province pour repérer les usagers à risque de s'absenter sans autorisation. Un questionnaire (**Annexe IV**) a été élaboré par l'équipe projet puis testé auprès des membres du comité de suivi. Les questions portaient essentiellement sur le type de pratiques et d'outils utilisés pour identifier les usagers à risque d'ANA. La version finale du questionnaire a été transférée sur la plateforme *Survey Monkey* sous forme de sondage auquel certains établissements ont répondu du 6 janvier au 26 février 2021. Les données recueillies ont été synthétisées en fonction des questions.

3.7 > Synthèse et analyse des résultats

Les données ont été synthétisées et analysées selon les clientèles étudiées (DI-TSA et santé mentale). Les résultats d'intérêt ont été organisés selon deux grandes thématiques : les facteurs de risque d'ANA d'une part, et, d'autre part, les outils et pratiques de dépistage des usagers à risque de s'absenter sans autorisation. Concernant les facteurs de risque, les résultats issus des littératures scientifique et grise ont été regroupés selon la catégorie de facteurs auxquels ils sont associés (individuelle, environnementale). Toutes les données se rapportant aux outils et aux pratiques de dépistage pour identifier le risque d'ANA ont été compilées en mettant en évidence leur valeur prédictive.

3.8 › Niveau de preuve et formulation des constats

La formulation des constats a été faite à l'issue de l'appréciation du niveau de preuve pour chacun des résultats d'intérêt. Les modalités retenues sont inspirées des critères de l'INESSS (2017) qui prennent en compte :1) le nombre d'études, 2) le devis optimal pour répondre à la question de recherche à l'étude, 3) la qualité méthodologique des études scientifiques et 4) la cohérence des résultats entre les études. Ainsi, pour chacun des résultats, un niveau de preuve élevé, modéré ou faible a été attribué. Les constats constituent donc un résumé des faits saillants issus des données probantes disponibles à ce jour.

4 > RÉSULTATS

4.1 > Sélection des documents

La recherche documentaire a permis de repérer 2 911 documents dont 2 848 issus des bases de données bibliographiques et 63 documents de littérature grise. À l'issue du processus de sélection, 23 documents au total ont été retenus dont 16 études scientifiques et 7 documents de littérature grise. Le schéma de sélection *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) est disponible à l'**annexe II**, et le tableau d'extraction des données est présenté à l'**annexe III**.

4.2 > Caractéristiques des documents retenus

Les 23 documents retenus ont été publiés entre 2000 et 2020, soit 7 de 2000 à 2009, 10 de 2010 à 2015 et 6 entre 2016 et 2020. La grande majorité porte sur la clientèle santé mentale avec 16 études scientifiques et 6 documents de littérature grise. Pour la clientèle DI-TSA, aucune étude scientifique n'est ressortie, et un seul document de littérature grise a été identifié. La documentation retenue provient de l'Australie (7), du Royaume-Uni (6), du Canada (4), des États-Unis (3), de la France (2) et de l'Irlande (1).

Parmi les 16 études incluses, 2 sont des revues systématiques tandis que 12 sont des études originales qui ont eu recours à un devis de type quantitatif (6 études cas témoin, 2 études de cohorte, 2 études longitudinales et 2 descriptives, dont une prospective et l'autre rétrospective) et les 2 autres sont des études qualitatives. Les caractéristiques des études retenues sont présentées dans le **tableau 3**.

Tableau 3 : Caractéristiques des études retenues (clientèle santé mentale)

ÉTUDE 1 ^{ER} AUTEUR (ANNÉE)	PAYS	DEVIS	PARTICIPANTS (N)	QUALITÉ
Beer (2009)	Royaume-Uni	Cas témoin	78	91 %
Bowers (2000)	Royaume-Uni	Cas témoin	334	77 %
Cabarkapa (2020)	Australie	Cas témoin	259	82 %
Carr (2008)	Australie	Cas témoin	3877	95 %
Dickens (2001)	Royaume-Uni	Étude de cohorte	88	91 %
Donnelly (2020)	Irlande	Étude descriptive prospective	55 12 (entrevues)	63 %
Gerace (2015)	Australie	Cas témoin	2184	95 %
Grotto (2015)	Australie	Qualitatif	11 (infirmières)	85 %
Kang (2020)	Australie	Étude descriptive rétrospective	981	73 %
Menditto (2006)	États-Unis	Cas témoin	636	72 %
Mosel (a), (b) (2010)	Australie	Étude longitudinale	620	84 %
Muir-Cochrane (2011)	Australie	Étude longitudinale	538	86 %
Muir-Cochrane (2013)	Australie	Qualitatif	12	75 %
O'Shea (2015)	Royaume-Uni	Étude de cohorte	827	82 %
O'Shea (2014)	Royaume-Uni	Revue systématique	N/A	Moyenne
Voss (2019)	Royaume-Uni	Revue systématique	N/A	Moyenne

N/A : Non applicable.

L'étude de Mosel *et al.* (2010) a fait l'objet de deux publications (a et b). Celles-ci ont été considérées comme une seule étude. Le nombre de participants varie d'une étude à l'autre, et il s'agit essentiellement d'usagers présentant des troubles de santé mentale. Une seule étude cependant porte sur des infirmières (Grotto *et al.*, 2015).

Les études de Donnelly *et al.* (2020) et Kang *et al.* (2020) ont utilisé des statistiques descriptives pour rapporter les caractéristiques des usagers qui s'étaient absentés sans autorisation des unités psychiatriques au cours d'une période donnée. Dans l'étude de Donnelly *et al.* (2020) en particulier, les auteurs ont utilisé deux méthodes de collecte de données. La première a consisté à recueillir des données des dossiers de 55 usagers qui s'étaient absentés sans autorisation. Par la suite, l'équipe a réalisé des entrevues auprès de 12 usagers qui avaient réintégré le milieu d'hébergement à la suite d'un événement d'ANA.

Pour ce qui est de la qualité méthodologique, neuf études sont de qualité élevée avec un score de qualité supérieure à 80 %, tandis que les six autres obtiennent un score de qualité modéré situé entre 60 % et 80 %.

La littérature grise inclut trois thèses de doctorat, deux rapports, un questionnaire permettant d'évaluer le niveau de risque d'ANA et une fiche informative en ergothérapie. Cinq de ces documents ont une bonne crédibilité alors que les deux autres ont respectivement une crédibilité moyenne et faible (Tableau 4).

Tableau 4 : Description des documents de littérature grise

AUTEUR (ANNÉE)	PAYS	TYPE DE DOCUMENT	CLIENTÈLE	CRÉDIBILITÉ
<i>AWAARE Collaboration</i> (2014)	États-Unis	Fiche informative en ergothérapie	DI-TSA	Moyenne
Brickell <i>et al.</i> (2009)	Canada	Rapport	SM	Bonne
Brown, L. (2004)	Canada	Thèse de doctorat	SM	Bonne
Desrues, T. (2012)	France	Thèse de doctorat	SM	Bonne
Emanuel <i>et al.</i> (2013)	Canada	Rapport	SM	Bonne
Reguis, M. (2018)	France	Thèse de doctorat	SM	Bonne
<i>Behavioral Wellness</i> (2017)	États-Unis	Questionnaire (outil de dépistage)	SM	Faible

DI-TSA : Déficience intellectuelle – Trouble du spectre de l'autisme SM : Santé mentale

4.3 › Synthèse narrative

Les données issues de la littérature permettant de répondre à la première question d'évaluation ont été organisées d'abord selon la clientèle ciblée et ensuite selon les deux résultats d'intérêt. D'une part, le type de facteur auquel étaient associés les ANA (sur le plan individuel ou environnemental) et d'autre part, les pratiques et outils identifiés. Aucun facteur systémique associé aux ANA n'a été repéré dans la littérature.

Il convient de rappeler au lecteur avant la présentation des différents résultats que, dans le cadre de cette ETMI, les facteurs de risque sont les variables pour lesquelles une association a été observée avec les ANA. Ce sont des variables qui pourraient donc augmenter la probabilité d'une ANA.

4.3.1 › Clientèle DI-TSA

4.3.1.1 › Facteurs individuels psychosociaux

Le document qui rapporte les facteurs individuels psychosociaux, et plus précisément ceux associés à la présentation clinique pour la clientèle DI-TSA, porte exclusivement sur les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA). C'est une production de la collaboration AWAARE (*Autism Wandering Awareness Alerts Response and Education*). Ce groupe de travail basé aux États-Unis est composé de six organisations nationales à but non lucratif, dont la mission principale est de prévenir les événements d'errance (fugues) et les décès chez les personnes présentant un TSA.

Selon AWAARE (2014), la présence d'un déclencheur tel que des moments de stress ou une escalade d'événements représentent des facteurs qui peuvent mener les usagers ayant un TSA à une situation d'ANA.

4.3.1.2 › Facteurs environnementaux

Selon la collaboration AWAARE (2014), les incidents d'ANA surviennent en majorité durant les mois chauds et les journées fériées. Les périodes de transition, par exemple un déménagement, des rénovations (changement de fenêtre, pose de ventilateurs dans les fenêtres), la visite de nouveaux environnements tels que la maison d'un ami ou lors de vacances sont autant d'éléments qui pourraient susciter un risque d'ANA chez les usagers présentant un TSA. Finalement, les activités de plein air comme le camping, la randonnée pédestre ou d'autres rassemblements sont également propices à la survenue d'une ANA. Ce document ne fait aucune référence aux facteurs liés au milieu.

4.3.2 › Clientèle santé mentale

4.3.2.1 › Facteurs de risque individuels d'ANA

Les facteurs de risque individuels d'ANA représentent le principal thème traité dans la documentation retenue, soit 19 documents sur 23, dont 15 études scientifiques et 4 documents de littérature grise. La plupart des études tentaient de dresser le profil ou d'identifier les facteurs de risque qui pourraient être associés aux usagers susceptibles de s'absenter sans autorisation. Les résultats obtenus ont été regroupés en cinq catégories en l'occurrence : données sociodémographiques, condition psychiatrique, antécédents, facteurs psychosociaux et statut légal. Le **tableau 5** présente une synthèse des résultats portant sur les facteurs de risque individuels pour la clientèle santé mentale.

Tableau 5 : Synthèse des facteurs de risque individuels associés aux absences non autorisées (ANA)

Facteurs individuels	1 ^{ER} AUTEUR, ANNÉE	BEER, 2009	BOWERS, 2000	BRICKELL, 2009	CABARAKAPA, 2020	CARR, 2008	DESRUÉS, 2012	DICKENS, 2001	DONNELLY, 2020	EMANUEL, 2013	GERACE, 2015	GROTTO, 2015	KANG, 2020	REGUIS, 2018	MENDITTO, 2006	MOSEL, 2010	MUIR-C., 2011	MUIR-C., 2013	O'SHEA, 2015	VOSS, 2019	TOTAL
	SANTÉ MENTALE (N=19)																				
Sociodémographiques	Sexe (masculin)		+		+		+	-	-	+	+		+	+	-	-	-		-		13
	Âge jeune (≤ 40 ans)		+			+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+		13
	Statut socioéconomique (sans emploi/itinérance)		+		+		+			+			+		-						6
	Minorité ethnique		+					-			+				+	-					5
	État matrimonial (célibataire/jamais marié)						-	+							+						3
Condition psychiatrique	Diagnostic (schizophrénie)		+		+	+	+			+	+		+	+	-	+	+				11
	Consommation (drogue, médication (Rx), alcool)				+	+	-						+	+	+						6
	Autres troubles de santé mentale				+	+			+	+			+		+						6
Antécédents	Fugues (ANA)	+	+						+		+	+		+	+	-					8
	Historique d'admission (≥ 1 admission)		+		+	+			+					+							5
	Comportements perturbateurs	+	+		+										+						4
	Consommation (drogue, médicaments, alcool)	+																			1
Psychosociaux	Présentation clinique (comportements, conversation, perceptions, etc.)			+			+	-		+		+	+		-			+		+	9
	Refus de traitement /médication		+	+			+														3
	Croyances religieuses (non chrétien)		+																		1
Légal	Statut légal (détention involontaire)				+	+	-	+			+		+	-					-		8

Légende : +* = significatif dans un modèle de régression logistique (facteur prédictif); +* = association statistiquement significative; + = association; - = aucune association;

□ Littérature scientifique; ■ Littérature grise.

4.3.2.1.1. > Facteurs individuels liés aux données sociodémographiques

Dix-neuf documents rapportent des données concernant les facteurs de risque individuels d'ANA en santé mentale, soit quinze études scientifiques et quatre documents de littérature grise.

a) Sexe (masculin)

Treize documents se sont intéressés au genre des usagers, soit dix études scientifiques et trois documents de littérature grise. Six des dix études scientifiques concluent que le sexe masculin n'est pas associé aux ANA (Dickens *et al.*, 2001; Donnelly *et al.*, 2020; Menditto *et al.*, 2006; Mosel *et al.*, 2010; Muir-Cochrane *et al.*, 2011; O'Shea *et al.*, 2015). En revanche, les quatre autres indiquent que la clientèle masculine ou alors le fait d'être un homme est associé à un risque d'ANA (Bowers *et al.*, 2000; Cabarkapa *et al.*, 2020; Gerace *et al.*, 2015; Kang *et al.*, 2020). Trois de ces études ont d'ailleurs déterminé, à la suite d'une analyse de régression logistique incluant différentes variables, que le sexe masculin compte parmi les facteurs prédicteurs du risque d'ANA (Bowers *et al.*, 2000; Cabarkapa *et al.*, 2020; Gerace *et al.*, 2015).

Les trois documents de littérature grise qui incluent deux thèses de doctorat vont dans le même sens que ces quatre études scientifiques. En effet, ceux-ci mettent en évidence l'existence d'une corrélation entre le sexe masculin et le risque d'ANA (Desrues, 2012; Emanuel *et al.*, 2013; Reguis, 2018).

b) Âge jeune (≤ 40 ans)

Parmi les treize documents qui ont mesuré l'association entre l'âge des usagers et le risque de s'absenter sans autorisation, dix sont des études scientifiques alors que les trois autres documents sont de la littérature grise. Bien que l'âge des usagers varie d'une publication à l'autre (18 à 45 ans) et que certaines ne donnent pas un âge précis, mais parlent plutôt d'un jeune âge, la très grande majorité des documents (12/13) concluent que les usagers dont l'âge se situe entre 18 et 40 ans sont plus à risque de s'absenter sans autorisation (Bowers *et al.*, 2000; Carr *et al.*, 2008; Desrues, 2012; Dickens *et al.*, 2001; Donnelly *et al.*, 2020; Emanuel *et al.*, 2013; Gerace *et al.*, 2015; Kang *et al.*, 2020; Reguis, 2018; Mosel *et al.*, 2010; Muir-Cochrane *et al.*, 2011; O'Shea *et al.*, 2015). Cependant, dans l'étude de Menditto *et al.* (2006), l'âge des participants s'étale jusqu'à 45 ans.

Des dix études scientifiques, six ont mesuré une association statistiquement significative entre un jeune âge et le risque d'ANA (Bowers *et al.*, 2000; Carr *et al.*, 2008; Dickens *et al.*, 2001; Menditto *et al.*, 2006; Muir-Cochrane *et al.*, 2011; O'Shea *et al.*, 2015) dont deux montrant à l'issue d'une analyse de régression logistique qu'un jeune âge compte parmi les facteurs prédicteurs d'ANA (Bowers *et al.*, 2000; Carr *et al.*, 2008).

c) Statut socioéconomique

Parmi les documents retenus, quatre études scientifiques et deux documents de littérature grise ont évalué l'association du statut socioéconomique avec les ANA. Trois des études publiées (Bowers *et al.* 2000; Cabarkapa *et al.*, 2020; Kang *et al.*, 2020) concluent qu'il existe une association positive entre le fait d'être sans emploi et/ou itinérant et le risque d'ANA. L'étude de Bowers *et al.* (2000) a déterminé que cette association était statistiquement significative. Dans l'étude de Menditto *et al.* (2006) cependant, on ne rapporte aucune association entre le statut socioéconomique des usagers et le risque d'ANA. Quant à la littérature grise, les thèses de Desrues (2012) et de Reguis (2018) montrent l'existence d'une association.

d) Appartenance à une minorité ethnique

Des cinq études qui ont examiné la relation entre l'appartenance à une minorité ethnique et les ANA, trois d'entre elles ont démontré une association statistiquement significative entre ces variables (Bowers *et al.*, 2000; Gerace *et al.*, 2015; Menditto *et al.*, 2006). Ajoutons par ailleurs que Gerace *et al.* (2015) ont établi à l'issue d'une analyse de régression logistique que l'appartenance à une minorité ethnique constitue un facteur prédicteur d'ANA. Selon cette étude australienne, les usagers issus des groupes ethniques aborigènes seraient susceptibles de s'absenter sans autorisation environ deux fois (1,74 fois) plus souvent que les patients de type caucasien. En revanche, Dickens *et al.* (2001) ainsi que Mosel *et al.* (2010) n'ont distingué aucune relation entre l'appartenance à une minorité ethnique et les ANA.

e) État matrimonial

Seuls trois documents, deux études scientifiques et un document de littérature grise se sont intéressés à l'état matrimonial des usagers à risque d'ANA. Les études de Dickens *et al.* (2001) et de Menditto *et al.* (2006) ont toutes les deux démontré une association statistiquement significative entre le fait d'être d'une part célibataire, divorcé ou veuf et, d'autre part, de n'avoir jamais été marié et les ANA. Par contre, pour ce qui est de la littérature grise, aucun lien n'est rapporté entre le statut de célibataire et les ANA (Desrués, 2012).

4.3.2.1.2. > Facteurs individuels liés à la condition psychiatrique

a) Diagnostic de schizophrénie

Sept études scientifiques (Bowers *et al.*, 2000; Cabarkapa *et al.*, 2020; Carr *et al.*, 2008; Gerace *et al.* 2015; Kang *et al.*, 2020; Mosel *et al.*, 2010; Muir-Cochrane *et al.*, 2011) et trois documents de littérature grise (Desrués, 2012; Emanuel *et al.*, 2013; Reguis, 2018), rapportent que la schizophrénie représente le diagnostic principal pour la majorité des usagers qui se sont absentés sans autorisation. Ce diagnostic s'accompagne très souvent d'autres comorbidités. Seule l'étude de Menditto *et al.* (2006) montre une absence d'association entre la présence d'un diagnostic de schizophrénie et les ANA.

Sur cinq des sept études scientifiques (Bowers *et al.*, 2000; Cabarkapa *et al.*, 2020; Carr *et al.*, 2008; Gerace *et al.* 2015; Muir-Cochrane *et al.*, 2011), une corrélation statistiquement significative est observée. Les études de Bowers *et al.* (2000) ainsi que Gerace *et al.* (2015) ont déterminé, à l'aide d'une analyse de régression logistique incluant différentes variables, que la schizophrénie constituait un facteur prédicteur des ANA.

b) Consommation/abus (drogues, alcool, médicaments)

La consommation abusive de substances dont les drogues, l'alcool et les médicaments est le deuxième thème ressorti pour ce qui est de la condition psychiatrique des usagers qui se sont absentés sans autorisation. Les quatre études scientifiques qui s'y sont intéressées ont observé une association entre ces deux variables, trois d'entre elles ayant mesuré une association statistiquement significative (Cabarkapa *et al.*, 2020; Carr *et al.*, 2008, Menditto *et al.*, 2006). Deux de ces études ont utilisé un modèle de régression logistique (Cabarkapa *et al.*, 2020; Carr *et al.*, 2008) et concluent que les problèmes de consommation constituent un facteur prédicteur d'ANA. Kang *et al.* (2020), à l'aide de statistiques descriptives, ont rapporté dans le cadre de leur étude que la majorité des usagers qui s'étaient absentés sans autorisation présentaient des problèmes de consommation soit 63 %.

Quant à la littérature grise, la thèse de doctorat de Reguis (2018) rejoint les résultats des études scientifiques en soulignant l'existence d'une relation entre la consommation de substances et les ANA. Desrués (2012) en revanche n'a pas observé de lien entre les problèmes de consommation et les ANA.

c) Autres troubles de santé mentale

Les autres troubles de santé mentale ressortis dans les six documents qui s'y sont intéressés diffèrent d'une étude à l'autre et sont souvent considérés comme des diagnostics secondaires (comorbidités). S'agissant de la littérature scientifique, outre les comorbidités qui ne sont pas précisées dans certaines études, celles qui reviennent le plus souvent sont les psychoses, les troubles de personnalité, les troubles alimentaires, affectifs, bipolaires ou schizoaffectifs.

Cinq études scientifiques ont déterminé que d'autres troubles de santé mentale (comorbidités) représentent un facteur de risque d'ANA (Cabarkapa *et al.*, 2020; Carr *et al.*, 2008; Donnelly *et al.*, 2020; Kang *et al.*, 2020; Menditto *et al.*, 2006). Parmi celles-ci, les études de Carr *et al.* (2008) et de Menditto *et al.* (2006) montrent que cette association est statistiquement significative. L'étude de Cabarkapa *et al.* (2020) a examiné cette association à l'aide d'une analyse de régression logistique démontrant ainsi que les comorbidités sont un facteur prédicteur d'ANA.

Concernant la littérature grise, la publication d'Emanuel *et al.* (2013) présente des résultats similaires réaffirmant l'existence d'une association entre les autres troubles de santé mentale et les ANA.

4.3.2.1.3. > Facteurs individuels liés aux antécédents

a) Antécédents de fugues¹ (ANA)

Les littératures scientifique (n=7) et grise (n=1) ont révélé que les usagers ayant des antécédents de fugue seraient plus à risque de s'absenter de façon non autorisée. En effet, six études scientifiques sur sept ont rapporté une association entre les antécédents de fugue et les ANA (Beer *et al.*, 2009; Bowers *et al.*, 2000; Donnelly *et al.*, 2020; Gerace *et al.*, 2015; Grotto *et al.*, 2015; Menditto *et al.*, 2006). Trois de ces études ont observé une association statistiquement significative (Beer *et al.*, 2009; Bowers *et al.*, 2000; Menditto *et al.*, 2006). Parmi celles-ci, Bowers *et al.* (2000) ont montré, en utilisant un modèle de régression logistique incluant différents facteurs de risques, que les antécédents de fugue constituent un facteur prédicteur d'ANA. Le rapport de cotes pour cette variable montre que les usagers ayant des antécédents de fugue sont neuf fois plus susceptibles de s'absenter sans autorisation que ceux qui n'ont jamais fugué. Seule l'étude de Mosel *et al.* (2010) n'a rapporté aucune association.

Quant à la littérature grise, la thèse de doctorat de Reguis (2018) évoque également une relation entre les antécédents de fugue et les ANA.

b) Historique d'admission des usagers

Quatre études et une thèse de doctorat ont indiqué que l'historique d'admission d'un usager est associé aux ANA. Trois études scientifiques ont établi qu'un usager ayant déjà été admis au moins une fois dans une unité psychiatrique serait plus à risque de s'absenter sans autorisation, contrairement à un patient qui en serait à sa première admission (Bowers *et al.*, 2000; Cabarkapa *et al.*, 2020; Carr *et al.*, 2008). Une association a également été observée dans la thèse de doctorat de Reguis (2018).

¹ Le terme « fugue » a été conservé parce que c'est celui qui est davantage utilisé dans les études, en anglais « *Elopement* ».

c) Antécédents de comportements perturbateurs

Quatre études ont rapporté que les antécédents de comportements perturbateurs, en l'occurrence les comportements agressifs ou violents (Cabarkapa *et al.*, 2020; Menditto *et al.*, 2006), les comportements sexuels inappropriés, les problèmes de comportements dans l'enfance (Beer *et al.*, 2009) ainsi que l'implication des usagers dans des incidents au cours de la semaine précédant les ANA (Bowers *et al.*, 2000) sont associés aux ANA. Trois de ces études ont établi une association statistiquement significative entre les comportements susmentionnés et les ANA (Bowers *et al.*, 2000; Cabarkapa *et al.*, 2020; Menditto *et al.*, 2006).

d) Antécédents de consommation

L'unique étude qui s'est attardée sur la relation entre les antécédents de consommation et le risque d'ANA est celle de Beer *et al.* (2009). Celle-ci a rapporté que les usagers ayant des antécédents de consommation ainsi que des dépendances sont statistiquement plus à risque de s'absenter sans autorisation que ceux qui ne présentent pas ces conditions.

4.3.2.1.4. > Facteurs individuels psychosociaux

a) Présentation clinique

La présentation clinique prend en compte différents comportements, attitudes, perceptions, discours, apparence, relations entre l'usager et le personnel de soins que présente un patient lors de son admission dans une unité de soins et/ou pendant son séjour. Parmi les neuf documents qui se sont penchés sur la présentation clinique des usagers et les ANA, six sont des études scientifiques. Quatre d'entre elles ont montré que la présentation clinique d'un usager au moment de son admission ou durant son hébergement dans une unité de soins était associée aux ANA (Grotto *et al.*, 2015; Kang *et al.*, 2020; Muir-Cochrane *et al.*, 2013; Voss et Barlett, 2019). Cependant, deux d'entre elles n'ont relevé aucune association entre l'un ou l'ensemble des comportements cités et les ANA (Dickens *et al.*, 2001; Menditto *et al.*, 2006).

L'étude de Grotto *et al.* (2015) par exemple a recueilli le point de vue des infirmières d'unités psychiatriques sur les connaissances/informations qu'elles utilisent pour évaluer et gérer le risque d'ANA dans leur pratique quotidienne. Selon ces professionnelles, les usagers qui expriment de la frustration au sujet de leur hospitalisation, manifestent des idées suicidaires, de la détresse, de l'hypervigilance, de l'agitation, un niveau inférieur de fonctionnement, seraient plus à risque de s'absenter sans autorisation. Dans la même veine, Kang *et al.* (2015) ont ajouté que les usagers ayant des inquiétudes au sujet de leurs personnes à charge, animaux de compagnie, logement ou encore sur le vol de leurs effets personnels dans le milieu d'hébergement sont beaucoup plus à risque de s'absenter de façon non autorisée.

Concernant les motivations évoquées par les usagers pour expliquer le besoin de s'absenter sans autorisation, Voss et Barlett (2019) rapportent que les patients qui présentent un risque d'ANA, recherchent davantage la liberté notamment pour trouver de l'aide ailleurs, reprendre le pouvoir et le contrôle sur leur vie, répondre aux besoins non satisfaits en milieu d'hébergement et finalement de manière plus opportuniste (lorsqu'une occasion se présente). D'autres auteurs ont indiqué par ailleurs que les perceptions (négatives ou positives) qu'un usager a vis-à-vis de son environnement peuvent l'amener ou non à s'absenter sans autorisation (Muir-Cochrane *et al.*, 2013). D'après Muir-Cochrane *et al.* (2013), lorsque l'unité psychiatrique est perçue par l'usager comme un lieu non sécuritaire, cela peut entraîner des sentiments de panique, de peur et influencer ses interactions avec le personnel de soins ou avec les autres patients et constituer par ce fait même un risque d'ANA.

Les trois documents de littérature grise montrent aussi une association entre la présentation clinique et les ANA. La thèse de doctorat de Desrues (2012) en particulier, démontre que la présence de comportements agressifs et de problèmes de consommation chez un usager, son sentiment de peur, d'enfermement ou d'isolement ainsi que l'absence de visites de ses proches pourraient constituer un risque important d'ANA. Pour Brickell *et al.* (2009), qui s'inspire des travaux de Bowers, Jarrett et Clark (1998), outre la présence de comportements agressifs qui caractérisent les usagers à risque élevé d'ANA, ceux qui présentent des conditions comme l'automutilation, des idées suicidaires, la négligence de soi, la vulnérabilité ou un risque de décès sont très souvent plus à risque de s'absenter sans autorisation. Finalement, le rapport d'Emanuel *et al.* (2013) soutient que les usagers peuvent également quitter les milieux d'hébergement (hôpital) sans autorisation pour défier les règlements de l'établissement ou le personnel de soins.

b) Refus de traitement ou de médication

Le refus de traitement ou de la médication par un usager a été mentionné dans trois documents comme un facteur de risque pouvant être associé aux ANA. L'étude de Bowers *et al.* (2000) présente une corrélation statistiquement significative entre les deux variables et précise que le refus de traitement dans les dernières 48 heures constitue un facteur prédictif d'ANA chez un usager. Les deux documents de littérature grise montrent également une association entre le refus de traitement dans les 48 heures et les ANA. Le document de Brickell *et al.* (2009) soutient que la perte de confiance de l'usager dans le traitement qui lui est offert par l'unité de soins ou le milieu d'hébergement représente un facteur de risque pouvant augmenter la probabilité qu'un événement d'ANA survienne.

c) Croyances religieuses

Seule l'étude de Bowers *et al.* (2000) a rapporté une association statistiquement significative entre les croyances religieuses et les ANA. Selon les auteurs, les usagers non chrétiens seraient davantage à risque d'ANA que ceux d'autres confessions religieuses.

4.3.2.1.5. > Facteurs individuels liés au statut légal

Le statut légal, qui réfère dans le cadre de ce mandat à une détention involontaire d'un usager, a été évalué dans six études et deux documents de littérature grise afin de déterminer son incidence sur le risque d'ANA. Sur le plan scientifique, quatre études concluent qu'il existe une corrélation entre le statut légal d'un usager et les ANA, dont trois corrélations statistiquement significatives (Cabarkapa *et al.*, 2020; Carr *et al.*, 2008; Dickens *et al.*, 2001). Dans l'étude de Carbakapa *et al.* (2020) en particulier, le statut légal est ressorti comme un facteur prédictif des ANA à l'issue d'une analyse de régression logistique incluant plusieurs facteurs de risque associés. Les deux autres études n'ont pas démontré d'association entre la détention involontaire et les ANA (Menditto *et al.*, 2006; O'Shea *et al.*, 2015). S'agissant de la littérature grise, la thèse de Reguis (2018) réitère l'existence d'une association entre le statut légal et les ANA, alors que celle de Desrues (2012) n'en rapporte aucune.

4.3.2.2 > Facteurs de risque environnementaux d'ANA

Sur le plan environnemental, les facteurs de risque d'ANA sont ressortis à travers deux principaux thèmes. Le premier concerne les facteurs liés au temps, notamment à quel moment les absences peuvent avoir lieu, tandis que le second s'attarde aux facteurs liés au milieu où les ANA peuvent se produire en général. Le **tableau 6** présente une synthèse des résultats relatifs aux facteurs de risque environnementaux.

Tableau 6 : Synthèse des facteurs de risque environnementaux associés aux absences non autorisées (ANA)

Facteurs environnementaux	1 ^{ER} AUTEUR, ANNÉE	BOWERS, 2000	CABARAKAPA, 2020	CARR, 2008	DESRUÉS, 2012	DICKENS, 2001	DONNELLY, 2020	EMANUEL, 2013	GERACE, 2015	KANG, 2020	REGUIS, 2018	MENDITTO, 2006	MOSEL, 2010	MUIR-C., 2011	TOTAL
	SANTÉ MENTALE (N=13)														
Liés au temps	Saisons (mois chauds)	-			+	++			++						4
	Jour (vendredi)		+		-		+	+	-		-				6
	Heures (après-midi)					+	+		+	+	+		-		6
	Durée séjour avant absences (court, moyenne ≤ 21 jrs)		++	++	+	-	-	+	++		+	+	+	+	11
	Période de transition (déménagement)					+			+		+				3
Liés au milieu	Unité barrée				+	+	-					++		-	5
	Milieu urbain											++			1

Légende : ++ = significatif dans un modèle de régression logistique (**facteur prédicteur**); ++ = association statistiquement significative; + = association; - = aucune association; □ Littérature scientifique; ■ Littérature grise.

Sur les 23 documents retenus dans le cadre de ce mandat, 13 traitent des facteurs de risque environnementaux d'ANA en santé mentale.

4.3.2.2.1 > Facteurs de risque liés au temps

a) Saisons chaudes

Des trois études scientifiques qui se sont intéressées aux saisons durant lesquelles les absences ont souvent lieu, deux rapportent une association statistiquement significative montrant que les saisons chaudes (mois d'été principalement) sont des périodes où les usagers sont le plus à risque de s'absenter sans autorisation (Dickens *et al.*, 2001; Gerace *et al.*, 2015). L'étude de Dickens *et al.* (2001) réalisée au Royaume-Uni, mentionne que les fugues (ANA) sont plus nombreuses de mai à octobre (avec un pic en octobre). Quant à Gerace *et al.* (2015), leur recherche effectuée en Australie précise que les événements d'ANA se produisent généralement en été et en automne tandis que les récidives ont plus souvent lieu entre mai et août. Toutefois, l'étude de Bowers *et al.* (2000) ne montre aucune association entre les taux de fugue et les facteurs environnementaux tels que l'ensoleillement, la pluie et les températures de gel. Concernant la littérature grise, la thèse de Desrués (2012) conclut que les ANA se produisent le plus souvent en été.

b) Jour (vendredi)

Trois documents sur six ont rapporté que la journée du vendredi est celle où les événements d'absence ont davantage lieu. Parmi les trois études scientifiques, deux montrent une association entre la journée du vendredi et les ANA (Cabarkapa *et al.*, 2020; Donnelly *et al.*, 2020). Cependant, selon Gerace *et al.* (2015), il n'y a pas de journée spécifique où le risque de fugue serait plus important.

Parmi les documents de littérature grise, outre la journée de vendredi qu'Emanuel *et al.* (2013) mentionnent, les fins de semaine seraient également plus propices aux ANA. L'étude de Desrues (2012) parle aussi des fins de semaine. La journée du jeudi a également été évoquée par Reguis (2018) comme étant associée aux ANA. Toutefois, aucun argument permettant d'expliquer les raisons qui amènent les usagers à s'absenter spécifiquement ces journées n'est précisé dans cette documentation.

c) Heures (après-midi)

Cinq études scientifiques publiées et une thèse de doctorat se sont penchées sur les heures durant lesquelles les absences ont généralement lieu. Quatre des cinq études (Dickens *et al.*, 2001; Donnelly *et al.*, 2020; Gerace *et al.*, 2015; Kang *et al.*, 2020) et les résultats de la thèse (Reguis, 2018) ont déterminé l'existence d'une relation entre certaines heures de la journée et les taux d'absence. Bien qu'il existe une variabilité pour ce qui est des heures d'absence évoquées dans les études, une convergence semble tout de même se dessiner. En effet, selon la plupart des publications, les ANA ont lieu le plus souvent de jour, en après-midi, plus précisément de 12 h à 16 h pour Dickens *et al.* (2001), entre 15 h et 16 h selon Gerace *et al.* (2015) et à 16 h d'après Kang *et al.* (2020). Les résultats de la thèse de Reguis (2018) n'indiquent pas une heure précise, mais parlent d'une importante fréquence en après-midi.

Néanmoins, deux études mentionnent certaines heures en matinée, en l'occurrence 7 h 30 (Donnelly *et al.*, 2020) et 8 h (Kang *et al.*, 2020). Les absences peuvent également se produire en soirée, habituellement vers 20 h selon Gerace *et al.* (2015), 20 h 30 pour Donnelly *et al.* (2020) et entre 19 h et 23 h selon Mosel *et al.* (2010). Pour terminer, Emanuel *et al.* (2013), sans donner une heure précise, rapportent que les ANA se produisent beaucoup plus lors des changements de quart de travail.

d) Durée de séjour avant absences (≤ 21 jours)

Sur les onze documents qui ont examiné le lien entre la durée de séjour de l'utilisateur et les ANA, huit proviennent de la littérature scientifique alors que les trois autres sont des documents de littérature grise. Parmi les huit études scientifiques, six ont constaté que les ANA se produisent en général tôt après l'admission de l'utilisateur (en début d'hospitalisation ou de traitement). Les séjours courts (21 jours) sont beaucoup plus souvent associés aux ANA (Cabarkapa *et al.*, 2020; Carr *et al.*, 2008; Gerace *et al.*, 2015; Menditto *et al.*, 2006; Mosel *et al.*, 2010; Muir-Cochrane *et al.*, 2011). Pour Carr *et al.* (2008) en particulier, les ANA augmentent tôt après l'admission avec un pic à la deuxième semaine. Selon Mosel *et al.* (2010), la majorité (63 %) des événements d'ANA se sont produits durant la période de détention involontaire des usagers d'une durée de 21 jours. Une association statistiquement significative est rapportée dans les études de Cabarkapa *et al.* (2020), Carr *et al.* (2008) et Gerace *et al.* (2015). Enfin, l'étude de Menditto *et al.* (2006) a établi qu'un séjour plus long, en l'occurrence une hospitalisation de plus d'un mois, n'est pas associé à un risque d'ANA.

Les analyses de régression logistique réalisées dans les études de Cabarkapa *et al.* (2020) et de Gerace *et al.* (2015) ont permis de montrer qu'un séjour de courte durée constitue un facteur prédictif d'ANA. Par contre, les résultats des études de Dickens *et al.* (2001) et de Donnelly *et al.* (2020) rapportent des résultats différents. En effet, les conclusions de Dickens *et al.* (2001) ne relèvent pas d'association entre la durée de séjour (courte ou longue) et les ANA. Quant à l'étude de Donnelly *et al.* (2020), celle-ci constate que la durée de séjour des usagers avant les ANA se situait dans une moyenne de 31 jours.

Les trois documents de littérature grise sont en accord avec les résultats des études scientifiques qui ont établi une association entre une durée de séjour courte et les ANA (Desrues, 2012; Emanuel *et al.*, 2013; Reguis, 2018). Selon les résultats présentés dans la thèse de Desrues (2012) notamment, le risque d'ANA serait plus important peu après l'admission oscillant entre trois jours et trois semaines.

e) Période de transition

La période de transition a été abordée dans trois documents en l'occurrence une étude scientifique (Kang *et al.*, 2020) et deux documents de littérature grise (Desrues, 2012; Emanuel *et al.* 2013). Ces publications ont mis en évidence que les périodes de transition telles que le changement de milieu de soins, de routine, d'équipes de soins ou un déménagement constituent un risque d'ANA.

D'après Kang *et al.* (2020) spécifiquement, les usagers s'absentent sans autorisation en général 24 heures après un changement de milieu de soins. Selon les résultats présentés dans la thèse de Desrues (2012), le transfert dans une autre unité de soins précède très souvent (environ une semaine) des événements d'ANA. Sans toutefois préciser le type de transition, Emanuel *et al.* (2013) indiquent que le risque d'ANA est plus élevé lors des périodes de transitions, de transferts entre milieux de soins et/ou d'hébergement.

4.3.2.2.2. > Facteurs de risque liés au milieu

a) Unité barrée

Cinq documents se sont intéressés au type d'unités où les ANA se produisent fréquemment, soit quatre publications scientifiques et une thèse de doctorat. Parmi les études scientifiques, deux montrent que les ANA se produisent davantage dans les unités barrées (Dickens *et al.*, 2001; Menditto *et al.*, 2006). Dans l'étude de Menditto *et al.* (2006), une analyse de régression logistique a démontré que les unités barrées constituent un facteur prédictif d'ANA (Menditto *et al.*, 2006). Par contre, les deux autres études (Donnelly *et al.*, 2020; Muir-Cochrane *et al.*, 2011) sont arrivées à la conclusion qu'il n'y avait pas de lien entre ces deux variables. Les résultats de la thèse de Desrues (2012) montrent une association entre les ANA et le maintien des usagers dans une unité barrée.

b) Milieu urbain

L'étude de Menditto *et al.* (2006) a rapporté que plus de 80 % des ANA qu'ils ont étudiés ont eu lieu dans les unités d'hébergement situées en milieux urbains. Les résultats de leur analyse de régression logistique montrent que la localisation des unités de soins dans un environnement urbain est un facteur prédictif d'ANA.

4.3.3 > Outils et pratiques de dépistage du risque d'ANA

D'entrée de jeu, il convient de mentionner qu'aucun outil standardisé permettant de dépister spécifiquement les risques d'ANA n'a été identifié dans la documentation retenue. Toutefois, un outil maison axé sur la mesure du risque de fugue chez la clientèle présentant un trouble de santé mentale a été repéré dans la littérature grise (*Wellness Behavioral*, 2017). Sur les vingt-trois documents conservés pour ce mandat, trois ont rapporté des outils pouvant mesurer un certain nombre de comportements incluant les ANA, à savoir : START (*Short-Term Assessment and Treatability*), HCR-20 (*Historical clinical and Risk management*) et le questionnaire avec échelle de cotation du *Wellness Behavioral* (2017). Les caractéristiques de ces outils sont présentées dans le **tableau 7**.

Tableau 7 : Description des outils de dépistage identifiés

1 ^{ER} AUTEUR, ANNÉE	OUTILS IDENTIFIÉS		
	NOM	DOMAINE/ITEMS ABORDÉS	VALEUR PRÉDICTIVE
Brown, 2004	HCR-20 (<i>Historical, clinical, Risk management</i>)	Violence, comportements sexuels et criminels	Meilleure valeur prédictive pour les ANA comparativement à PCL-R et VRAG
O'Shea, 2014	START (<i>Short-Term Assessment of Risk and Treatability</i>)	Agression, suicide, abus de substances, absence non autorisée, négligence	Faible
O'Shea, 2015	START (<i>Short-Term Assessment of Risk and Treatability</i>)		Faible pour l'ensemble des éléments Élevée pour l'échelle de vulnérabilité
Wellness Behavioral, 2017	<i>Psychiatry Health Facility</i> Questionnaire avec échelle de cotation	Fonctionnement cognitif, diagnostic, antécédents de fugue, désir de quitter, errance sans but	Non précisée

Deux études ont pu établir la valeur prédictive du START pour évaluer le risque d'un certain nombre de comportements parmi lesquels figurent les ANA. Cet outil est constitué de 20 items dynamiques qui permettent d'évaluer le risque de comportements tels que la violence envers les autres, le suicide, l'automutilation, l'auto négligence, les ANA, le risque de victimisation et la délinquance en général. Chacun des 20 éléments qui le composent est évalué à la fois comme une vulnérabilité (**sous-échelle de vulnérabilité**) et une force (**sous-échelle de force**) sur une échelle de Likert à trois points allant de 0 à 2.

La revue systématique d'O'Shea *et al.* (2014) a déterminé que la valeur prédictive du START est faible pour évaluer le risque d'ANA. En effet, seule une étude sur douze a rapporté ce résultat. La seconde étude d'O'Shea *et al.* (2015) abonde dans le même sens et explique que l'utilisation du START avec ses deux composantes (sous-échelle de vulnérabilité et sous-échelle de force) permet de prédire des ANA chez les usagers à faible risque. Toutefois, lorsque seule la sous-échelle de vulnérabilité est prise en compte, celle-ci permet de prédire un risque élevé d'ANA chez les usagers.

Concernant le HCR-20, il s'agit d'un outil d'évaluation du risque de violence applicable dans différents contextes (psychiatrie civile, communautaire, médico-légal et justice pénale) dont la troisième version a été publiée en 2014 (Douglas *et al.*, 2014). Il est composé de 20 items répartis sur 3 échelles : **historique** (10 items) qui revient sur les expériences et conditions psychiatriques antérieures de l'utilisateur (ex. : psychopathie antérieure); **clinique** (5 items) qui se concentre sur son fonctionnement actuel (ex. : symptômes psychiatriques) et **gestion du risque** (5 items) qui aborde les facteurs comme la faisabilité des plans, le stress et le soutien (Ivgy *et al.*, 2015). Dans le cadre de sa thèse de doctorat, Brown (2004) l'a comparé à deux outils, notamment *Psychopathy Checklist-Revisited* (PCL-R) et *Violence Risk Appraisal* (VRAG) pour déterminer leur capacité à prédire le risque d'ANA. À l'issue de cet examen, cet auteur a estimé que sur les trois outils examinés, le HCR-20 avait une meilleure valeur prédictive pour les ANA que les deux autres.

Pour finir, le questionnaire du *Wellness Behavioral* (2017) repéré dans la littérature grise ne donne pas d'indication quant à sa valeur prédictive. Les items qui le composent portent entre autres sur le fonctionnement cognitif, le diagnostic, les antécédents de fugue, le désir de quitter, etc. En se référant aux facteurs de risque associés identifiés dans la littérature, on constate que les items de cet outil portent entre autres sur l'identification d'un diagnostic (consommation de substances, etc.), des antécédents de fugue et des variables en lien avec la présentation clinique de l'utilisateur (présence d'agressivité ou d'hostilité, colère, pertes personnelles, etc.).

4.3.4 > Collecte de données terrain (sondage)

L'objectif de la collecte de données terrain était d'identifier les pratiques et les outils utilisés actuellement dans les différents CISSS et CIUSSS du Québec pour dépister les usagers à risque d'ANA. Seuls 5 établissements sur 22 ont rempli le sondage en ligne, ce qui représente un taux de participation de 22 %. Tous les répondants, dont deux provenant du même établissement, travaillaient auprès de la clientèle DI-TSA. Le faible taux de participation ne permet pas de dresser un portrait juste des outils/pratiques utilisés dans la province et aucune généralisation de ces résultats n'est possible.

Tableau 8 : Synthèse des résultats du sondage

TYPE DE RÉPONSES		NOMBRE DE RÉPONDANTS
FACTEURS INDIVIDUELS		
Sociodémographiques	Sexe (masculin)	3/6
	Âge jeune (40 ans)	
	Statut socioéconomique (sans emploi/itinérance)	
	Minorité ethnique	
	État matrimonial (célibataire/jamais marié)	
Antécédents	Fugue (ANA)	5/6
Psychosociaux	Présentation clinique (comportements, conversation, perceptions, etc.)	Intention délibérée de fugue 4/6
		Dangerosité elle-même/autrui 5/6
Légal	Statut légal (détention involontaire)	5/6
FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX		
Liés au milieu	Unité barrée	∅
	Milieu urbain	∅
	∅	Règlements du nouveau milieu 5/6
		Satisfaction du lieu d'hébergement 4/6
		Qualité de la communication 4/6
Lien avec le réseau extérieur 4/6		
OUTILS DE DÉPISTAGE		
Comment?	∅	Aucun outil spécifique 6/6
Pour quelle clientèle plus à risque?		DI-TSA 2/6 Santé mentale 2/6 Les deux 2/6
Quand et par qui?		Dès arrivée dans le milieu 5/6 Lors d'un plan d'intervention 2/6 Par une équipe multidisciplinaire 2/6

∅ = aucune donnée

Quatre répondants utilisent le terme « fugue » pour nommer la problématique d'usager manquant ou des ANA. Au cours de la dernière année, le nombre médian d'ANA signalées dans leur milieu est de deux, mais une personne n'a pas pu fournir cette information. Selon les participants, l'identification des usagers à risque de s'absenter sans autorisation ne se fait pas systématiquement ou d'une manière formelle, c'est-à-dire avec un outil spécifique et/ou standardisé. La majorité des répondants est toutefois d'avis que le meilleur moment pour dépister les usagers à risque de s'absenter est dès l'admission dans le nouveau milieu d'hébergement.

D'une liste préalablement définie de facteurs de risque individuels pouvant être associés aux ANA, les répondants ont identifié les facteurs qui seraient, selon eux, les plus importants à mesurer pour dépister le risque d'absence (**Tableau 8**). En ordre d'importance l'on retrouve : les antécédents de fugue, la présentation clinique (comportement dangereux pour l'usager lui-même ou pour autrui, l'intention délibérée de s'enfuir), le statut légal et les données sociodémographiques. Pour ce qui est des facteurs de risques environnementaux, les plus pertinents aux yeux des répondants seraient essentiellement des facteurs liés au type ou à la culture du milieu d'hébergement : réglementation, organisation, satisfaction, qualité de la communication et préservation du lien avec le réseau extérieur.

5 > ANALYSE DES RÉSULTATS

5.1 > Facteurs de risque liés aux ANA

Plusieurs facteurs de risque liés aux ANA ont été identifiés dans la littérature tant sur le plan individuel qu'environnemental. Certains des facteurs de risque identifiés ont été considérés comme des facteurs associés tandis que d'autres constituent des facteurs prédicteurs d'ANA.

5.1.1 > Facteurs de risque associés aux ANA

Les facteurs de risque associés peuvent se définir comme les différentes variables sur le plan individuel ou environnemental qui ont démontré une association avec les ANA. La majorité de ces facteurs se concentre sur les caractéristiques individuelles des usagers à risque d'ANA. De fait, sur les 23 documents conservés dans ce mandat, 19 se sont attardés principalement aux facteurs de risque individuels alors que 14 ont évalué les facteurs de risque environnementaux.

L'appréciation du niveau de preuve pour ces facteurs de risque tient compte exclusivement de la littérature scientifique (n=16). Présentée dans le **tableau 9**, cette évaluation du niveau de preuve est basée sur le nombre d'études scientifiques, la robustesse des devis de recherche pour répondre à la question de recherche à l'étude, la qualité méthodologique des études et la cohérence des résultats des différentes études.

Tableau 9 : Appréciation du niveau de preuve scientifique

RÉSULTAT		NOMBRE D'ÉTUDES	DEVIS OPTIMAL POUR RÉPONDRE À LA QUESTION DE RECHERCHE À L'ÉTUDE	QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE	COHÉRENCE DES RÉSULTATS	NIVEAU DE PREUVE*
FACTEURS INDIVIDUELS						
Facteurs sociodémographiques	Sexe (Masculin)	10	Oui (7) Moyen (3)	Élevée (6) Modérée (4)	Modérée	Modéré
	Âge (jeune)	10	Oui (7) Moyen (3)	Élevée (6) Modérée (4)	Très élevée	Élevé
	Minorité ethnique	5	Oui (4) Moyen (1)	Élevée (3) Modérée (2)	Modérée	Modéré
	État matrimonial	2	Oui (2)	Élevée (1) Modérée (1)	Très élevée	Modéré
	Statut socioéconomique	4	Oui (4)	Élevée (1) Modérée (3)	Élevée	Modéré
Condition psychiatrique	Diagnostic schizophrénie	8	Oui (6) Moyen (2)	Élevée (5) Modérée (3)	Élevée	Élevé
	Autres diagnostics et comorbidités	5	Oui (4) Moyen (1)	Élevée (2) Modérée (3)	Élevée	Modéré
	Abus de substances (consommation)	4	Oui (4)	Élevée (2) Modérée (2)	Très élevée	Élevé
Antécédents	Fugues	7	Oui (4) Moyen (2) Non (1)	Élevée (4) Modérée (3)	Élevée	Élevé
	Historique d'admission	4	Oui (3) Moyen (1)	Élevée (2) Modérée (2)	Très élevée	Modéré
	Comportements perturbateurs	4	Oui (4)	Élevée (2) Modérée (2)	Très élevée	Élevé
	Consommation	1			N/A	N/A
Légal	Statut légal (détention involontaire)	6	Oui (6)	Élevée (5) Modérée (1)	Élevée	Élevé
Facteurs psychosociaux	Refus de traitement et de médication	1			N/A	N/A
	Présentation clinique (comportements, discours, perceptions, etc.)	6	Oui (4) Moyen (0) Non (2)	Élevée (2) Modérée (4)	Modérée	Modéré
	Croyances religieuses	1			N/A	N/A
FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX						
Facteurs liés au temps	Saisons (mois chauds)	3	Oui (3)	Élevée (2) Modérée (1)	Modérée	Modéré
	Jour	3	Oui (2) Moyen (1)	Élevée (2) Modérée (1)	Modérée	Modéré
	Heures	5	Oui (3) Moyen (2)	Élevée (3) Modérée (2)	Élevée	Modéré
	Durée de séjour avant absence	8	Oui (5) Moyen (3)	Élevée (6) Modérée (2)	Élevée	Élevé
	Période de transition	1			N/A	N/A
Facteurs liés au milieu	Unité barrée	4	Oui (2) Moyen (2)	Élevée (2) Modérée (2)	Faible	Faible
	Milieu urbain	1			N/A	N/A

* **Élevé** : tous les critères ont obtenu une appréciation positive; **Modéré** : la majorité des critères ont obtenu une appréciation positive; **Faible** : tous ou la plupart des critères ont obtenus une appréciation négative; **N/A** : non applicable.

Il est à noter que le niveau de preuve des facteurs de risque identifiés dans une seule étude n'a pas été évalué, en l'occurrence les antécédents de consommation, le refus de traitement ou de médication, les croyances religieuses, les périodes de transition et le milieu urbain.

Les données mobilisées sur les facteurs de risque individuels ont démontré selon un niveau de preuve élevé qu'un jeune âge (moins de 40 ans), une condition psychiatrique avec notamment la schizophrénie comme principal diagnostic et/ou les problèmes de consommation, des antécédents à l'instar de ceux liés aux fugues ou aux comportements perturbateurs ainsi que le statut légal sont associés aux ANA. Selon un niveau de preuve modéré, les caractéristiques individuelles, entre autres le sexe masculin, l'appartenance à une minorité ethnique, la présence d'autres troubles de santé mentale, un historique d'admission et la présentation clinique de l'utilisateur sont associés aux ANA.

Sur le plan environnemental, des associations ont été aussi relevées entre les facteurs liés au temps et ceux reliés au milieu et les ANA. Selon un niveau de preuve élevé, une durée de séjour courte (moins de 21 jours) est associée à un risque plus important d'ANA alors que les autres facteurs liés au temps se situent à un niveau de preuve modéré. Finalement, seulement un niveau de preuve faible soutient que les usagers s'absentent sans autorisation davantage des unités barrées.

5.1.2 > Facteurs prédictifs des ANA

Afin de déterminer les facteurs qui permettent de prédire la survenue d'ANA, 5 études sur 16 ont eu recours à un modèle de régression logistique multivarié incluant plusieurs facteurs associés (Bowers *et al.*, 2000; Cabarkapa *et al.*, 2020; Carr *et al.*, 2008; Gerace *et al.*, 2015; Menditto *et al.*, 2006). Cette analyse statistique simultanée a ainsi permis d'identifier lesquels parmi eux permettent de prédire le plus les ANA.

Selon un niveau de preuve élevé, les facteurs qui prédisent le plus le risque d'ANA chez les usagers sont : un jeune âge (moins de 40 ans), un diagnostic de schizophrénie, des problèmes de consommation de substances, des antécédents de fugue, un statut légal (détention involontaire) et une courte durée de séjour (moins de 21 jours).

Un niveau de preuve modéré est observé pour les facteurs prédictifs tels que le sexe masculin, l'appartenance à une minorité ethnique ainsi que d'autres troubles de santé mentale ou des comorbidités.

5.2 > Outils et pratiques de dépistage des ANA

Considérant le faible nombre d'études scientifiques (n=2) portant sur les outils et les pratiques de dépistage du risque d'ANA, l'appréciation du niveau de preuve n'a pas été réalisée. Les résultats obtenus permettent de dire qu'aucune pratique de même qu'aucun outil standardisé spécifiquement pour la mesure du risque d'ANA n'ont été identifiés dans la littérature scientifique. Néanmoins, le START pourrait être utilisé dans certaines conditions pour déterminer le risque d'ANA. Même si sa valeur prédictive pour les ANA reste très faible lorsque les deux sous-échelles de l'outil sont utilisées, la sous-échelle de vulnérabilité, lorsqu'utilisée seule, est capable de prédire le risque d'ANA chez les usagers.

La littérature grise, quant à elle, a permis de repérer deux autres outils : le HCR-20 et un outil maison (questionnaire) portant sur le risque d'ANA. Le HCR-20, qui est utilisé pour dépister le risque de violence ou de comportements criminels chez les usagers, pourrait également être adapté et utilisé dans le cadre du dépistage du risque d'ANA. En effet, Brown (2004), qui l'a comparé à deux autres outils, a démontré que ce dernier a une meilleure valeur prédictive des ANA que le PCL-R et le VRAG. S'agissant de l'outil maison (*Wellness Behavioral*, 2017), bien que sa valeur prédictive ne soit pas connue, celui-ci présente tout de même des items qui mesurent certains des facteurs de risque identifiés dans la littérature, entre autres la consommation de substances, les antécédents d'absence et des facteurs psychosociaux, plus précisément ceux en lien avec la présentation clinique de l'utilisateur.

5.3 › Données terrain (sondage)

Les données terrain recueillies dans le cadre de ce mandat portent exclusivement sur la clientèle DI-TSA. Le faible taux de participation (22 %) peut être attribuable au fait que le sondage ait été réalisé au cours de la pandémie de COVID-19. Conséquemment à ce faible taux, les résultats obtenus sont insuffisants pour dresser un portrait réel des pratiques et des outils utilisés dans le réseau québécois de la santé en lien avec les usagers manquants. Ces derniers donnent tout de même des pistes de réflexion.

D'après les répondants, les facteurs de risque les plus pertinents à considérer en clinique pour la clientèle DI-TSA seraient par ordre d'importance : les antécédents de fugue, la présentation clinique (ex. : comportements dangereux, intention délibérée de s'enfuir, qualité du lien avec les intervenants, etc.) et le statut légal. Sur le plan environnemental, les facteurs de risque les plus importants seraient en premier lieu le type de milieu caractérisé par son organisation de services et les règlements en présence. En second, la qualité du lien de l'utilisateur avec le réseau extérieur et finalement la date d'arrivée dans le milieu d'hébergement.

Quoique les facteurs de risque présentés ci-dessus portent uniquement sur la clientèle DI-TSA, un parallèle peut être tout de même effectué avec ce qui est rapporté dans la littérature pour celle de santé mentale. De fait, l'on peut constater qu'il y a des facteurs de risque qui ressortent pour les deux types de clientèles, notamment les antécédents de fugue, le statut légal et la présentation clinique, ce qui pourrait souligner leur importance dans le dépistage/l'évaluation du risque d'ANA.

6 > CONSTATS

La présente ETMI avait comme objectif d'identifier les facteurs de risque les plus pertinents à considérer en clinique pour dépister/évaluer les usagers à risque d'ANA. Elle avait aussi pour objectif de rapporter les outils et pratiques existants pour évaluer le risque d'ANA autant pour la clientèle santé mentale que celle de DI-TSA. Au terme de ce travail et à la lumière des données analysées, il est possible de formuler les constats suivants :

6.1 > Clientèle DI-TSA

- > Aucune donnée probante n'a été identifiée dans la littérature concernant les facteurs de risque associés aux ANA pour cette clientèle.
- > Un seul document de littérature grise avec une crédibilité moyenne a identifié un facteur de risque individuel (présentation clinique) ainsi que des facteurs de risque environnementaux pouvant être considérés pour dépister le risque d'ANA chez la clientèle ayant un TSA.
- > Aucun outil ni pratique spécifique pour dépister les usagers à risque d'ANA n'a été identifié dans la littérature.
- > Les données terrain qui concernent uniquement la clientèle DI-TSA sont insuffisantes pour être généralisées à l'ensemble des établissements du réseau de la santé, mais indiquent des facteurs qui pourraient être considérés dans le dépistage/évaluation du risque d'ANA pour cette clientèle. Il s'agit des antécédents de fugue, de la présentation clinique ainsi que du statut légal d'un usager.
- > Au sujet des outils de dépistage du risque, l'utilisation des outils « maison » a été mentionnée dans le sondage, mais aucun outil standardisé n'est évoqué.

6.2 > Clientèle santé mentale

Le but étant d'identifier les facteurs de risque les plus pertinents qui permettent de dépister/d'évaluer le risque d'ANA en clinique, seuls les **facteurs prédictifs** sont présentés dans les constats.

- > Considérant les données probantes et selon un niveau de preuve élevé, les facteurs les plus probables pour prédire le risque d'ANA chez les usagers sont :
 - Un jeune âge (≤ 40 ans)
 - Un diagnostic de schizophrénie
 - Des problèmes de consommation de substances
 - Des antécédents d'ANA (fugues)
 - Un statut légal (détention involontaire)
 - Un séjour de courte durée (moins de 21 jours)

- > Selon les données probantes, sont associés à un niveau de preuve modéré les facteurs prédicteurs de risque d'ANA suivants :
 - Le sexe masculin
 - L'appartenance à une minorité ethnique
 - Autres troubles de santé mentale
- > Malgré que la présentation clinique ne soit pas considérée comme un facteur prédicteur, celle-ci a démontré avec un niveau de preuve modéré qu'elle est associée significativement à un risque d'ANA.
- > Certains éléments abordés dans la présentation clinique ressortent parmi les items des outils repérés dans les littératures scientifique et grise.
- > Aucune pratique et aucun outil standardisé spécifique à la mesure du risque d'ANA n'a été identifié.
- > Les données probantes indiquent que la sous-échelle de vulnérabilité de l'outil START peut permettre de prédire des ANA chez les usagers à risque élevé.
- > L'outil HCR-20, qui est utilisé pour évaluer le risque de comportements violents et/ou criminels chez les usagers, a démontré une meilleure valeur prédictive pour les ANA comparativement aux PCL-R et VRAG.

7 > DISCUSSION

Cette ETMI a permis d'identifier des facteurs de risque pertinents pouvant être considérés en clinique pour le dépistage/l'évaluation des usagers à risque d'ANA. Cependant, quelques limites sont à souligner. Le choix de conserver uniquement des documents de langues française et anglaise aurait pu exclure des publications pertinentes pour ce mandat. Certaines études repérées provenant des pays ne faisant pas partie de l'OCDE ont également été mises de côté en raison notamment des différences importantes entre leurs contextes, leurs systèmes de santé et ceux du Québec. Aussi, le faible taux de participation à la collecte des données terrain ne permet pas une généralisation des résultats obtenus.

Par ailleurs, seuls des facteurs de risque individuels et environnementaux ont été recensés dans la littérature. Aucun facteur de risque systémique ou encore organisationnel n'a été repéré. Selon Brickell *et al.* (2009), cette absence pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des études portant sur le risque d'ANA se sont consacrées davantage sur les facteurs de risque liés aux usagers, négligeant par conséquent ceux liés aux intervenants ou au système. Néanmoins, un document de littérature grise (Emanuel *et al.*, 2013) a brièvement évoqué la culture de certains milieux cliniques qui mettent le blâme sur les usagers au lieu d'offrir des soins plus collaboratifs comme pouvant constituer l'une des raisons qui expliqueraient le comportement d'absence chez certains patients. Des recherches axées plus spécifiquement sur les facteurs de risque liés aux intervenants, à l'organisation ou au système pourraient non seulement apporter des éléments nouveaux à considérer dans le dépistage/l'évaluation du risque d'ANA, mais aussi un autre éclairage sur la problématique des usagers manquants.

Au sujet de l'outil START, son utilisation dans les milieux cliniques a été évoquée par les membres du comité de suivi de ce projet d'ETMI. Développé par Webster *et al.* (2006), le START a été validé par l'équipe de Braithwaite (2011) de l'Université de Montréal et de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Cet instrument est utilisé dans l'évaluation d'un certain nombre de comportements, dont les ANA. Les équipes de soins pourraient continuer à l'utiliser pour dépister le risque d'ANA en mettant un accent particulier sur sa sous-échelle de vulnérabilité qui permet, selon la littérature, de dépister les usagers à risque élevé d'ANA. Au besoin, ces équipes pourraient aussi envisager de contacter les auteurs des études ayant démontré la validité prédictive de la sous-échelle de vulnérabilité du START afin d'obtenir davantage d'informations.

Pour terminer, il est important de noter que des facteurs prédictifs d'ANA ont certes été identifiés dans la littérature, mais aucune étude n'a déterminé la combinaison de facteurs qui permettrait le mieux de prédire le risque d'ANA. Par ailleurs, le profil de l'utilisateur à risque d'ANA décrit dans la majorité des études est un usager jeune, de sexe masculin présentant un diagnostic de schizophrénie. En général, ce type de clientèle est fortement représenté dans les unités de soins psychiatriques. Ceci pourrait soulever des questionnements à savoir si ce profil ressort davantage en raison de sa surreprésentation dans ces milieux de soins.

8 > CONCLUSION

Cette ETMI abrégée a conduit à la formulation de constats, en particulier pour la clientèle en santé mentale. Même si ces constats ne constituent pas des recommandations, ceux-ci ont permis de mettre en exergue différents facteurs de risque (individuels et environnementaux) que les intervenants devraient considérer en clinique pour dépister ou évaluer le risque d'ANA. Bien que des outils et des pratiques standardisés spécifiques au dépistage/évaluation des usagers à risque d'absence ne semblent pas exister pour l'instant dans la littérature, des outils identifiés dans le cadre de cette ETMI pourraient être utilisés pour la mesure du risque d'ANA en attendant de développer des instruments spécifiques à ce type de comportement.

Les résultats de cette ETMI ont permis d'identifier les facteurs de risque les plus pertinents à considérer en clinique. La prochaine étape, selon les besoins des milieux cliniques, pourrait être de s'interroger sur les interventions à mettre en place auprès de cette clientèle afin de limiter les ANA.

Annexe I : Stratégie de recherche pour chaque base de données

1.1 Bases de données interrogées

- > Medline (Ovid)
- > PsycINFO (Ovid)
- > CINAHL (EBSCO)

1.2 Date de la recherche

La recherche a été effectuée le 11 janvier 2021.

1.3 Plan de concepts

CONCEPT 1 : Absence non autorisée	CONCEPT 2 : a. Déficience intellectuelle et autisme b. Trouble de santé mentale
<i>elop*</i> <i>abscon*</i> <i>missing patient*</i> <i>fail* to return</i> <i>unauthoris/zed absence</i> ...	<i>intellectual disab*</i> <i>development* disab*</i> <i>autism*/autist*</i> <i>mental disorder*</i> <i>psychiatr*</i> ...

1.4 Limites et filtres

TYPE	LIMITE
Années	2000
Langue	Aucune limite
Type de documents	Aucune limite

1.5 Bilan des recherches

BASE DE DONNÉES	NOMBRE DE RÉSULTATS
MEDLINE (Ovid)	976
PsycINFO (Ovid)	1 100
CINAHL (EBSCO)	772
Total avant retrait des doublons	2 848
Doublons retirés	987
Références uniques	1 861

1.6 Stratégies de recherche

Base de données : MEDLINE (Ovid)		Date de la recherche : 11 janvier 2021	Nombre de résultats : 976
1	(elope* or eloping* or abscond or absconde* or absconds or absconding* or absconsion*).ti.		
2	(elop* or abscon* or runaway* or ((run* or ran) adj1 (away* or "from")) or (missing adj1 (person* or people* or individual* or patient* or inpatient* or user* or resident* or adult*)) or "go* missing" or ((breach* or episode*) adj3 leav*) or ((leav* or left or absen*) adj4 (without permission* or without authori* or without notif* or without inform* or without warn* or without approb* or without approv* or without consent* or unauthori* or unapproved or unexplain* or secur* or supervis* or forensic*)) or AWOL or (absen* without adj2 leave*) or ((absen* without or leav* without or left without) adj2 (permission* or authori* or notif* or inform* or warn* or approb* or approv* or consent*)) or ((escape* or escapi* or flee or flees or fleeing or fled) adj4 (care or placement* or center* or centre* or residence* or secur* or supervis* or forensic* or setting* or facility or facilities or hospital or hospitals or ward* or unit or units or patient* or user* or resident* or incident* or risk or risks)) or "fail* to return" or bolting).ti,ab,kf.		
3	Runaway Behavior/		
4	2 or 3		
5	wander*.ti,ab,kf. or Wandering Behavior/		
6	((((intellectual* or mental* or development*) adj3 (disab* or retard* or disorder* or deficien* or handicap* or impair* or incapa* or limitation* or deviat* or delay* or difficult* or subaverage or "sub average" or subnormal or "sub normal")) or low intellect* or ((multipl* or poly) adj2 (handicap* or disab*)) or polyhandicap*).ti,ab,kf,jw.		
7	(trisomy* or trisomi* or mongolism or prader willi or cri du chat or crying cat or cat cry or WAGR or ((down* or De Lange* or Rett* or Coffin* or Lowry* or fragile X or marker X or Martin-Bell or fraxe or Menkes* or Menkea* or steely hair* or kinky hair* or Rubinstein* or Thumb-Hallux* or Bartholin* or Patau* or William* or Beuren or Labhart* or Fanconi* or Royer* or Willi or Siris or De Barys or Kleefstra or Taybi or Schinzel or Giedion) adj1 (syndrome* or disorder* or disease*))).ti,ab,kf,jw.		
8	((pervasive adj2 (disorder* or development*)) or autism* or autist* or asperger* or kanner* or ASD or PDD).ti,ab,kf,jw.		
9	exp Intellectual Disability/ or Developmental Disabilities/ or Mentally Disabled Persons/ or exp Autism Spectrum Disorder/ or Child Development Disorders, Pervasive/ or Disabled Persons/		
10	or/6-9		
11	((((mental* or psychologic* or behavio?ral*) adj3 (disorder* or ill or illness* or disease* or issue* or condition* or problem* or disturb* or patient* or inpatient*)) or mental health or psychiatr* or ((low or minimum or medium or high or maximum or forensic*) adj1 secur*) or ((mental* or secur* or forensic* or behavio?ral*) adj2 (hospital or hospitals or setting* or facility or facilities or ward* or unit or units))).ti,ab,kf,jw.		
12	(anxiety or neurotic or neuros#s or psychoneuros* or obsessive compulsive or bipolar or mania or depression or depressive or anorex* or bulimi* or binge eat* or schizophren* or schizoaffect* or psychotic or psychos#s or parano* or sociopath* or psychopath* or phobia* or suicid* or PTSD or ((panic or phobi* or manic or disruptive or impulse control or oppositional defiant or intermittent explosive or gambling or conduct or dissociati* or depersonali#ation or dereali#ation or multiple identity or eating or mood or affective or cyclothymic or hypomani* or dysthymi* or personality or narcissistic* or antisocial or dyssocial or compulsive or avoidant or borderline or dependent or asthenic* or histrionic* or hysterical or passive aggressive or negativistic* or schizoid* or schizotypal or schizothym* or delusional or adjustment or traumatic stress or posttraumatic or post traumatic or acute stress or combat) adj2 (disorder* or patholog* or disturbance*)) or ((narcissistic* or antisocial or dyssocial or compulsive or avoidant or borderline or impulse ridden or passive dependent or asthenic* or histrionic* or hysterical or passive aggressive or negativistic* or schizoid* or schizotypal or schizothym*) adj (personality or personalities))).ti,ab,kf,jw.		

13	Mental Disorders/ or exp Anxiety Disorders/ or exp "Bipolar and Related Disorders"/ or "Disruptive, Impulse Control, and Conduct Disorders"/ or Gambling/ or exp Dissociative Disorders/ or exp "Feeding and Eating Disorders"/ or exp Mood Disorders/ or Neurotic Disorders/ or exp Personality Disorders/ or exp "Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders"/ or exp "Trauma and Stressor Related Disorders"/ or Suicidal Ideation/ or Mental Health Services/ or Mentally Ill Persons/ or Hospitals, Psychiatric/ or Psychiatry/ or Psychiatric Nursing/ or Psychiatric Department, Hospital/ or Forensic Psychiatry/ or Emergency Services, Psychiatric/ or Involuntary Treatment, Psychiatric/ or Psychiatric Rehabilitation/ or "Commitment of Mentally Ill"/
14	or/11-13
15	1 or (4 and (10 or 14)) or (5 and 10)
16	limit 15 to yr=2000-Current

Base de données : PsychINFO (Ovid) Date de la recherche : 11 janvier 2021 Nombre de résultats : 1100

1	(elope* or eloping* or abscond or absconde* or absconds or absconding* or absconsion*).ti.
2	(elop* or abscon* or runaway* or ((run* or ran) adj1 (away* or "from")) or (missing adj1 (person* or people* or individual* or patient* or inpatient* or user* or resident* or adult*)) or "go* missing" or ((breach* or episode*) adj3 leav*) or ((leav* or left or absen*) adj4 (without permission* or without authori* or without notif* or without inform* or without warn* or without approb* or without approv* or without consent* or unauthori* or unapproved or unexplain* or secur* or supervis* or forensic*)) or AWOL or (absen* without adj2 leave*) or ((absen* without or leav* without or left without) adj2 (permission* or authori* or notif* or inform* or warn* or approb* or approv* or consent*)) or ((escape* or escapi* or flee or flees or fleeing or fled) adj4 (care or placement* or center* or centre* or residence* or secur* or supervis* or forensic* or setting* or facility or facilities or hospital or hospitals or ward* or unit or units or patient* or user* or resident* or incident* or risk or risks)) or "fail* to return" or bolting).ti,ab,id.
3	Runaway Behavior/
4	2 or 3
5	wander*.ti,ab,id. or Wandering Behavior/
6	((((intellectual* or mental* or development*) adj3 (disab* or retard* or disorder* or deficien* or handicap* or impair* or incapa* or limitation* or deviat* or delay* or difficult* or subaverage or "sub average" or subnormal or "sub normal")) or low intellect* or ((multipl* or poly) adj2 (handicap* or disab*)) or polyhandicap*).ti,ab,id,jx.
7	(trisomy* or trisomi* or mongolism or prader willi or cri du chat or crying cat or cat cry or WAGR or ((down* or De Lange* or Rett* or Coffin* or Lowry* or fragile X or marker X or Martin-Bell or fraxe or Menkes* or Menkea* or steely hair* or kinky hair* or Rubinstein* or Thumb-Hallux* or Bartholin* or Patau* or William* or Beuren or Labhart* or Fanconi* or Royer* or Willi or Siris or De Barys or Kleefstra or Taybi or Schinzel or Giedion) adj1 (syndrome* or disorder* or disease*))).ti,ab,id,jx.
8	((pervasive adj2 (disorder* or development*)) or autism* or autist* or asperger* or kanner* or ASD or PDD).ti,ab,id,jx.
9	exp Intellectual Development Disorder/ or Multiple Disabilities/ or Developmental Disabilities/ or Fragile X Syndrome/ or Prader Willi Syndrome/ or Rett Syndrome/ or Williams Syndrome/ or Cornelia De Lange Syndrome/ or exp Autism Spectrum Disorders/
10	or/6-9
11	((((mental* or psychologic* or behavio?ral*) adj3 (disorder* or ill or illness* or disease* or issue* or condition* or problem* or disturb* or patient* or inpatient*)) or mental health or psychiatr* or ((low or minimum or medium or high or maximum or forensic*) adj1 secur*) or ((mental* or secur* or forensic* or behavio?ral*) adj2 (hospital or hospitals or setting* or facility or facilities or ward* or unit or units))).ti,ab,id,jx.
12	(anxiety or neurotic or neuro#s or psychoneuro* or obsessive compulsive or bipolar or mania or depression or depressive or anorex* or bulimi* or binge eat* or schizophren* or schizoaffect* or psychotic or psychos#s or parano* or sociopath* or psychopath* or phobia* or suicid* or PTSD or ((panic or phobi* or manic or disruptive or impulse control or oppositional defiant or intermittent explosive or gambling or conduct or dissociati* or depersonali#ation or dereali#ation or multiple identity or eating or mood or affective or cyclothymic or hypomani* or dysthymi* or personality or narcissistic* or antisocial or dyssocial or compulsive or avoidant or borderline or dependent or asthenic* or histrionic* or hysterical or passive aggressive or negativistic* or schizoid* or schizotypal or schizothym* or delusional or adjustment or traumatic stress or posttraumatic or post traumatic or acute stress or combat) adj2 (disorder* or patholog* or disturbance*)) or ((narcissistic* or antisocial or dyssocial or compulsive or avoidant or borderline or impulse ridden or passive dependent or asthenic* or histrionic* or hysterical or passive aggressive or negativistic* or schizoid* or schizotypal or schizothym*) adj (personality or personalities))).ti,ab,id,jx.

13	Mental Disorders/ or exp Affective Disorders/ or exp Anxiety Disorders/ or exp Bipolar Disorder/ or Borderline States/ or exp Chronic Mental Illness/ or exp Dissociative Disorders/ or exp Eating Disorders/ or exp Disruptive Behavior Disorders/ or exp Neurosis/ or exp Personality Disorders/ or exp Psychosis/ or Serious Mental Illness/ or exp "Stress and Trauma Related Disorders"/ or Suicidal Ideation/ or Suicidality/ or Mental Health Services/ or Psychiatric Patients/ or Mentally Ill Offenders/ or exp Psychiatric Hospitals/ or Patient Seclusion/ or Psychiatric Nurses/ or Psychiatric Hospitalization/ or Psychiatric Hospital Admission/ or Psychiatric Hospital Readmission/ or Psychiatric Hospital Staff/ or Mental Health Personnel/ or Psychiatrists/ or exp Psychiatric Evaluation/ or Psychiatric Training/ or Forensic Psychiatry/ or Psychiatry/ or "Commitment (Psychiatric)"/ or Involuntary Treatment/ or Maximum Security Facilities/
14	or/11-13
15	1 or (4 and (10 or 14)) or (5 and 10)
16	limit 15 to yr=2000-Current

Base de données : CINAHL (EBSCO) Date de la recherche : 11 janvier 2021 Nombre de résultats : 772

1	T1 (elope* or eloping* or abscond or absconde* or absconds or absconding* or absconsion*)
2	T1 (elop* or abscon* or runaway* or ((run* or ran) N0 (away* or "from")) or (missing N0 (person* or people* or individual* or patient* or inpatient* or user* or resident* or adult*)) or "go* missing" or ((breach* or episode*) N2 leav*) or ((leav* or left or absen*) N3 ("without permission*" or "without authori*" or "without notif*" or "without inform*" or "without warn*" or "without approb*" or "without approv*" or "without consent*" or unauthori* or unapproved or unexplain* or secur* or supervis* or forensic*)) or AWOL or ("absen* without" N1 leave*) or ("absen* without" or "leav* without" or "left without") N1 (permission* or authori* or notif* or inform* or warn* or approb* or approv* or consent*)) or ((escape* or escapi* or flee or flees or fleeing or fled) N3 (care or placement* or center* or centre* or residence* or secur* or supervis* or forensic* or setting* or facility or facilities or hospital or hospitals or ward* or unit or units or patient* or user* or resident* or incident* or risk or risks)) or "fail* to return" or bolting) OR AB (elop* or abscon* or runaway* or ((run* or ran) N0 (away* or "from")) or (missing N0 (person* or people* or individual* or patient* or inpatient* or user* or resident* or adult*)) or "go* missing" or ((breach* or episode*) N2 leav*) or ((leav* or left or absen*) N3 ("without permission*" or "without authori*" or "without notif*" or "without inform*" or "without warn*" or "without approb*" or "without approv*" or "without consent*" or unauthori* or unapproved or unexplain* or secur* or supervis* or forensic*)) or AWOL or ("absen* without" N1 leave*) or ("absen* without" or "leav* without" or "left without") N1 (permission* or authori* or notif* or inform* or warn* or approb* or approv* or consent*)) or ((escape* or escapi* or flee or flees or fleeing or fled) N3 (care or placement* or center* or centre* or residence* or secur* or supervis* or forensic* or setting* or facility or facilities or hospital or hospitals or ward* or unit or units or patient* or user* or resident* or incident* or risk or risks)) or "fail* to return" or bolting)
3	MH Runaways
4	S2 or S3
5	T1 wander* OR AB wander* or MH Wandering Behavior
6	T1 (((intellectual* or mental* or development*) N2 (disab* or retard* or disorder* or deficien* or handicap* or impair* or incapa* or limitation* or deviat* or delay* or difficult* or subaverage or "sub average" or subnormal or "sub normal")) or "low intellect*" or ((multipl* or poly) N1 (handicap* or disab*)) or polyhandicap*) OR AB (((intellectual* or mental* or development*) N2 (disab* or retard* or disorder* or deficien* or handicap* or impair* or incapa* or limitation* or deviat* or delay* or difficult* or subaverage or "sub average" or subnormal or "sub normal")) or "low intellect*" or ((multipl* or poly) N1 (handicap* or disab*)) or polyhandicap*) OR SO (((intellectual* or mental* or development*) N2 (disab* or retard* or disorder* or deficien* or handicap* or impair* or incapa* or limitation* or deviat* or delay* or difficult* or subaverage or "sub average" or subnormal or "sub normal")) or "low intellect*" or ((multipl* or poly) N1 (handicap* or disab*)) or polyhandicap*)
7	T1 (trisomy* or trisomi* or mongolism or "prader willi" or "cri du chat" or "crying cat" or "cat cry" or WAGR or ((down* or "De Lange*" or Rett* or Coffin* or Lowry* or "fragile X" or "marker X" or "Martin-Bell" or fraxe or Menkes* or Menkea* or "steely hair*" or "kinky hair*" or Rubinstein* or "Thumb-Hallux*" or Bartholin* or Patau* or William* or Beuren or Labhart* or Fanconi* or Royer* or Willi or Siris or "De Barys" or Kleefstra or Taybi or Schinzel or Giedion) N0 (syndrome* or disorder* or disease*))) OR AB (trisomy* or trisomi* or mongolism or "prader willi" or "cri du chat" or "crying cat" or "cat cry" or WAGR or ((down* or "De Lange*" or Rett* or Coffin* or Lowry* or "fragile X" or "marker X" or "Martin-Bell" or fraxe or Menkes* or Menkea* or "steely hair*" or "kinky hair*" or Rubinstein* or "Thumb-Hallux*" or Bartholin* or Patau* or William* or Beuren or Labhart* or Fanconi* or Royer* or Willi or Siris or "De Barys" or Kleefstra or Taybi or Schinzel or Giedion) N0 (syndrome* or disorder* or disease*))) OR SO (trisomy* or trisomi* or mongolism or "prader willi" or "cri du chat" or "crying cat" or "cat cry" or WAGR or ((down* or "De Lange*" or Rett* or Coffin* or Lowry* or "fragile X" or "marker X" or "Martin-Bell" or fraxe or Menkes* or Menkea* or "steely hair*" or "kinky hair*" or Rubinstein* or "Thumb-Hallux*" or Bartholin* or Patau* or William* or Beuren or Labhart* or Fanconi* or Royer* or Willi or Siris or "De Barys" or Kleefstra or Taybi or Schinzel or Giedion) N0 (syndrome* or disorder* or disease*)))

8	<p>TI ((pervasive N1 (disorder* or development*)) or autism* or autist* or asperger* or kanner* or ASD or PDD) OR AB ((pervasive N1 (disorder* or development*)) or autism* or autist* or asperger* or kanner* or ASD or PDD) OR SO ((pervasive N1 (disorder* or development*)) or autism* or autist* or asperger* or kanner* or ASD or PDD)</p>
9	<p>MH (Intellectual Disability+ or Developmental Disabilities or Mentally Disabled Persons or Asperger Syndrome or Autistic Disorder or “Child Development Disorders, Pervasive” or “Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified” or Disabled)</p>
10	<p>S6 OR S7 OR S8 OR S9</p>
11	<p>TI (((mental* or psychologic* or behavio#ral*) N2 (disorder* or ill or illness* or disease* or issue* or condition* or problem* or disturb* or patient* or inpatient*)) or “mental health” or psychiat* or ((low or minimum or medium or high or maximum or forensic*) N0 secur*) or ((mental* or secur* or forensic* or behavio#ral*) N1 (hospital or hospitals or setting* or facility or facilities or ward* or unit or units))) OR AB (((mental* or psychologic* or behavio#ral*) N2 (disorder* or ill or illness* or disease* or issue* or condition* or problem* or disturb* or patient* or inpatient*)) or “mental health” or psychiat* or ((low or minimum or medium or high or maximum or forensic*) N0 secur*) or ((mental* or secur* or forensic* or behavio#ral*) N1 (hospital or hospitals or setting* or facility or facilities or ward* or unit or units))) OR SO (((mental* or psychologic* or behavio#ral*) N2 (disorder* or ill or illness* or disease* or issue* or condition* or problem* or disturb* or patient* or inpatient*)) or “mental health” or psychiat* or ((low or minimum or medium or high or maximum or forensic*) N0 secur*) or ((mental* or secur* or forensic* or behavio#ral*) N1 (hospital or hospitals or setting* or facility or facilities or ward* or unit or units)))</p>
12	<p>TI (anxiety or neurotic or neuros?s or psychoneuros* or “obsessive compulsive” or bipolar or mania or depression or depressive or anorex* or bulimi* or “binge eat*” or schizophren* or schizoaffect* or psychotic or psychos?s or parano* or sociopath* or psychopath* or phobia* or suicid* or PTSD or ((panic or phobi* or manic or disruptive or “impulse control” or “oppositional defiant” or “intermittent explosive” or gambling or conduct or dissociati* or depersonali?ation or dereali?ation or “multiple identity” or eating or mood or affective or cyclothymic or hypomani* or dysthymi* or personality or narcissistic* or antisocial or dyssocial or compulsive or avoidant or borderline or dependent or asthenic* or histrionic* or hysterical or “passive aggressive” or negativistic* or schizoid* or schizotypal or schizothym* or delusional or adjustment or “traumatic stress” or posttraumatic or “post traumatic” or “acute stress” or combat) N1 (disorder* or patholog* or disturbance*)) or ((narcissistic* or antisocial or dyssocial or compulsive or avoidant or borderline or “impulse ridden” or “passive dependent” or asthenic* or histrionic* or hysterical or “passive aggressive” or negativistic* or schizoid* or schizotypal or schizothym*) W0 (personality or personalities))) OR AB (anxiety or neurotic or neuros?s or psychoneuros* or “obsessive compulsive” or bipolar or mania or depression or depressive or anorex* or bulimi* or “binge eat*” or schizophren* or schizoaffect* or psychotic or psychos?s or parano* or sociopath* or psychopath* or phobia* or suicid* or PTSD or ((panic or phobi* or manic or disruptive or “impulse control” or “oppositional defiant” or “intermittent explosive” or gambling or conduct or dissociati* or depersonali?ation or dereali?ation or “multiple identity” or eating or mood or affective or cyclothymic or hypomani* or dysthymi* or personality or narcissistic* or antisocial or dyssocial or compulsive or avoidant or borderline or dependent or asthenic* or histrionic* or hysterical or “passive aggressive” or negativistic* or schizoid* or schizotypal or schizothym* or delusional or adjustment or “traumatic stress” or posttraumatic or “post traumatic” or “acute stress” or combat) N1 (disorder* or patholog* or disturbance*)) or ((narcissistic* or antisocial or dyssocial or compulsive or avoidant or borderline or “impulse ridden” or “passive dependent” or asthenic* or histrionic* or hysterical or “passive aggressive” or negativistic* or schizoid* or schizotypal or schizothym*) W0 (personality or personalities))) OR SO (anxiety or neurotic or neuros?s or psychoneuros* or “obsessive compulsive” or bipolar or mania or depression or depressive or anorex* or bulimi* or “binge eat*” or schizophren* or schizoaffect* or psychotic or psychos?s or parano* or sociopath* or psychopath* or phobia* or suicid* or PTSD or ((panic or phobi* or manic or disruptive or “impulse control” or “oppositional defiant” or “intermittent explosive” or gambling or conduct or dissociati* or depersonali?ation or dereali?ation or “multiple identity” or eating or mood or affective or cyclothymic or hypomani* or dysthymi* or personality or narcissistic* or antisocial or dyssocial or compulsive or avoidant or borderline or dependent or asthenic* or histrionic* or hysterical or “passive aggressive” or negativistic* or schizoid* or schizotypal or schizothym* or delusional or adjustment or “traumatic stress” or posttraumatic or “post traumatic” or “acute stress” or combat) N1 (disorder* or patholog* or disturbance*)) or ((narcissistic* or antisocial or dyssocial or compulsive or avoidant or borderline or “impulse ridden” or “passive dependent” or asthenic* or histrionic* or hysterical or “passive aggressive” or negativistic* or schizoid* or schizotypal or schizothym*) W0 (personality or personalities)))</p>

13	MH (Mental Disorders or Adjustment Disorders+ or Mental Disorders, Chronic or Neurotic Disorders or Affective Disorders+ or Anxiety Disorders+ or Dissociative Disorders+ or Organic Mental Disorders+ or Personality Disorders+ or Psychotic Disorders+ or Eating Disorders+ or Suicidal Ideation or Mental Health Services or Psychiatric Service or Mentally Disabled Persons or Hospitals, Psychiatric or Psychiatric Units or Psychiatry or Mental Health Personnel or Psychiatrists or Psychiatric Nursing or Forensic Psychiatry or Emergency Services, Psychiatric or Psychiatric Care or Psychiatric Emergencies or Psychiatric Patients+ or Patient Seclusion or Involuntary Treatment or Involuntary Commitment)
14	S11 OR S12 OR S13
15	S4 AND (S10 OR S14)
16	S5 AND S10
17	S1 OR S15 OR S16
18	S17 AND PY 2000-2021

Recherche de littérature grise en janvier 2021

#	SITE WEB	URL	STRATÉGIE	MOTS-CLÉ	# RÉSULTATS PERTINENTS
1	<i>American Psychiatric Association</i>	https://www.psychiatry.org/	Via Google	site: psychiatry.org absconding elopement absconsion eloping unauthorized leave "unauthorised leave" "absent without" AWOL absconders "missing patients" "going missing"	0
2	<i>Canadian Mental Health Association</i>	https://cmha.ca/	Via Google	site: cmha.ca absconding elopement absconsion eloping "unauthorized leave" "unauthorised leave" "absent without" AWOL absconders "missing patients" "going missing"	0
3	<i>Canadian Psychiatric Association</i>	http://www.cpa-apc.org/	Via Google	site: cpa-apc.org absconding elopement absconsion eloping "unauthorized leave" "unauthorised leave" "absent without" AWOL absconders "missing patients" "going missing"	0
4	<i>Center for Addiction and Mental Health</i>	http://www.camh.ca/	Via Google	site: camh.ca absconding elopement absconsion eloping "unauthorized leave" "unauthorised leave" "absent without" AWOL absconders "missing patients" "going missing"	2
5	<i>Centre for Mental Health</i>	http://www.centreformentalhealth.org.uk/	Via Google	site: centreformentalhealth.org.uk absconding elopement absconsion eloping unauthorized leave "unauthorised leave" "absent without" AWOL absconders "missing patients" "going missing"	0
6	<i>Fédération française de psychiatrie</i>	https://fedepsychiatrie.fr/	Via Google	site: fedepsychiatrie.fr fugue fugues »usager manquant »usagers manquants »absence non autorisée »absences non autorisées »sortie non autorisée »sorties non autorisées»	0
7	<i>Royal College of Psychiatrists</i>	https://www.rcpsych.ac.uk/	Via Google	site: rcpsych.ac.uk absconding elopement absconsion eloping "unauthorized leave" "unauthorised leave" "absent without" AWOL absconders "missing patients" "going missing"	1
8	<i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</i>	https://www.samhsa.gov/	Via Google	site: samhsa.gov absconding elopement absconsion eloping "unauthorized leave" "unauthorised leave" "absent without" AWOL absconders "missing patients" "going missing"	0
9	<i>The Royal and New Zealand College of Psychiatrists</i>	https://www.ranzcp.org/	Via Google	site: ranzcp.org absconding elopement absconsion eloping "unauthorized leave" "unauthorised leave" "absent without" AWOL absconders "missing patients" "going missing"	1
10	<i>American Association on Intellectual and Developmental Disabilities</i>	https://www.aidd.org/	Via Google	site: aacd.org absconding elopement absconsion eloping wandering "run away" "running away" "unauthorized leave" "unauthorised leave" "absconders" "missing patients" "going missing"	0

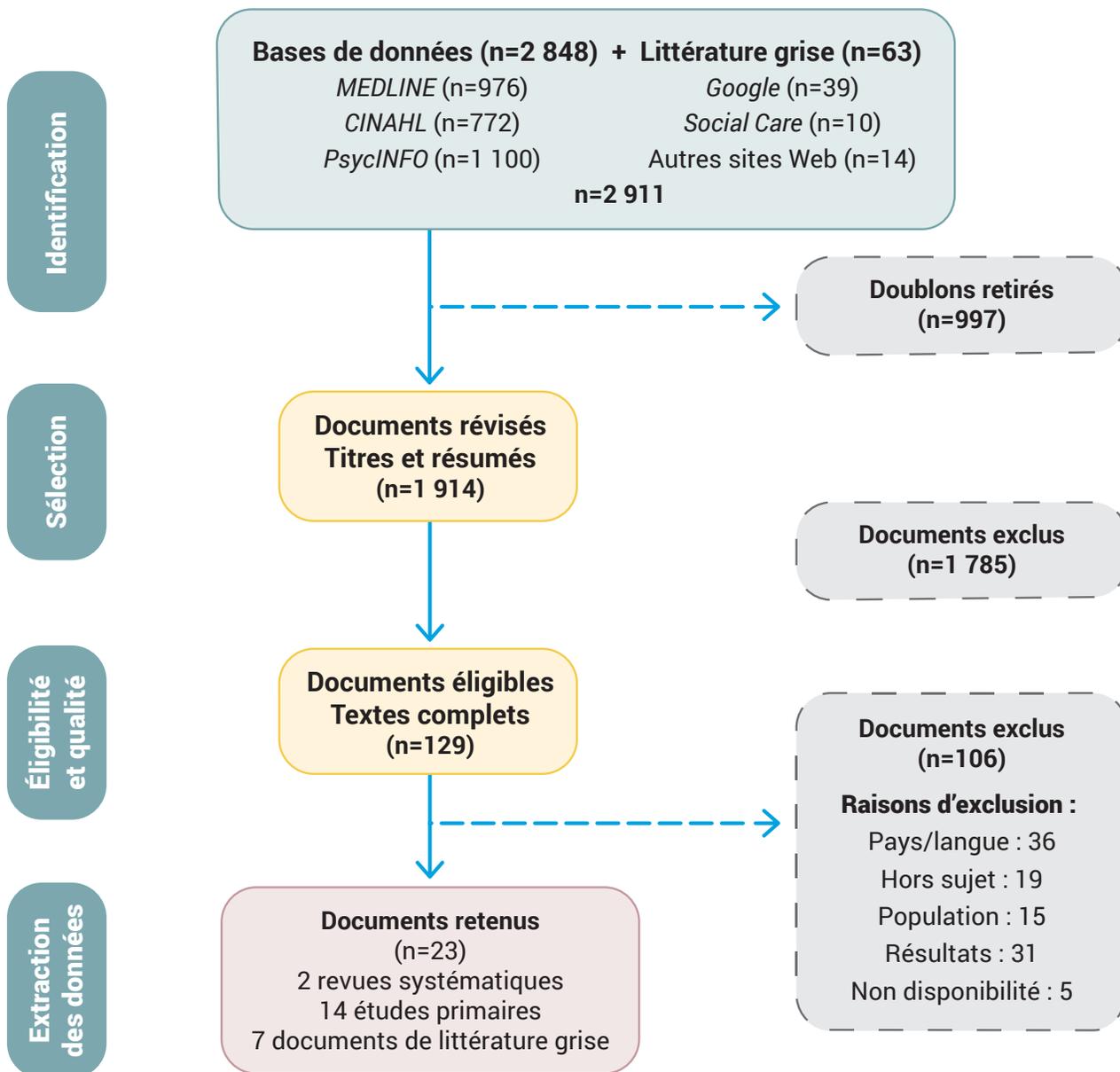
#	SITE WEB	URL	STRATÉGIE	MOTS-CLÉ	# RÉSULTATS PERTINENTS
11	<i>Association of University Centers on Disabilities</i>	https://www.aucd.org/	Via Google	site: aucd.org absconding elopement absconsion eloping wandering "run away" "running away" "unauthorized leave" "unauthorised leave" absconders "missing patients" "going missing"	0
12	<i>Autism Research Centre</i>	https://www.autismresearchcentre.com/	Via Google	site: autismresearchcentre.com absconding elopement absconsion eloping wandering "run away" "running away" "unauthorized leave" "unauthorised leave" absconders "missing patients" "going missing"	0
13	<i>Autism Safety</i>	autismsafety.org	Via Google	site: autismsafety.org absconding elopement absconsion eloping wandering "run away" "running away" "unauthorized leave" "unauthorised leave" absconders "missing patients" "going missing"	0
14	<i>Autism Speaks</i>	autismspeaks.org	Via Google	site: autismspeaks.org absconding elopement absconsion eloping wandering "run away" "running away" "unauthorized leave" "unauthorised leave" absconders "missing patients" "going missing"	0
15	IUDITSA (Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme)	http://institutditsa.ca/	Via Google	site: institutditsa.ca fugue fugues »usager manquant »usagers manquants »absence non autorisée »absences non autorisées »sortie non autorisée »sorties non autorisés	0
16	<i>National Association of Councils on Developmental Disabilities</i>	https://www.nacdd.org/	Via Google	site: nacdd.org absconding elopement absconsion eloping wandering "run away" "running away" "unauthorized leave" "unauthorised leave" absconders "missing patients" "going missing"	0
17	<i>National association of State Directors of Developmental Disabilities Services</i>	https://www.nasddd.org/	Via Google	site: nasddd.org absconding elopement absconsion eloping wandering "run away" "running away" "unauthorized leave" "unauthorised leave" absconders "missing patients" "going missing"	0
18	<i>National Autism Association</i>	https://nationalautismassociation.org/	Via Google	site: nationalautismassociation.org absconding elopement absconsion eloping wandering "run away" "running away" "unauthorized leave" "unauthorised leave" absconders "missing patients" "going missing"	0
19	RNETSA (Réseau national d'expertise en trouble du spectre de l'autisme)	https://www.rnetsa.ca	Via Google	site: rnetsa.ca fugue fugues »usager manquant »usagers manquants »absence non autorisée »absences non autorisées »sortie non autorisée »sorties non autorisés	0

#	SITE WEB	URL	STRATÉGIE	MOTS-CLÉ	# RÉSULTATS PERTINENTS
20	Service Québécois d'expertise en troubles graves du comportement	http://squetgc.org/	Via Google	site: squetgc.org fugue fugues »usager manquant »usagers manquants »absence non autorisée »absences non autorisées »sortie non autorisée »sorties non autorisés	0
		http://squetgc.org/developper_lexpertise_nos-publications_cadres-de-reference-et-guides-techniques/	Examen de la liste des publications		0
		http://squetgc.org/developper_lexpertise_nos-publications_guides-dorientations-cliniques/	Examen de la liste des publications		0
		http://squetgc.org/developper_lexpertise_nos-publications_outils-cliniques/	Examen de la liste des publications		0
21	Agency for Healthcare Research and Quality	https://www.ahrq.gov	Via Google	site: ahrq.gov absconding elopement wandering absconsion eloping "unauthorized leave" "unauthorised leave" "absent without" AWOL absconders	0
22	CADTH	https://www.cadth.ca	Via Google	site: cadth.ca absconding elopement wandering absconsion eloping "unauthorized leave" "unauthorised leave" "absent without" AWOL absconders	0
23	Érudit	https://www.erudit.org	Recherche par mots-clés	(Titre, résumé, mots-clés : fugue* OU «absence non autorisée» OU «absences non autorisées» OU «sortie non autorisée» OU «sorties non autorisés») OU (Titre, résumé, mots-clés : «gestion du risque» ET (usager* OU patient* OU résident* OU «santé mentale» OU psychiatrie OU autisme* OU déficien*)) OU (Titre, résumé, mots-clés : (usager* OU patient* OU résident*) ET (manquant* OU dispar* OU absent* OU absence*)) ET (Publié entre 2000 et 2020) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ'])	0
24	Haute autorité de santé	https://www.has-sante.fr/	Via Google	site: has-sante.fr fugue fugues »absence non autorisée »absences non autorisées »sortie non autorisée »sorties non autorisés» autisme déficience »santé mentale psychiatrie -intitle:enfant -intitle:enfants	0
25	INAHTA	https://database.inahta.org/	Recherche par mots-clés	(elop* OR abscon* OR "run away" OR "running away" OR "unauthorized leave" OR "unauthorised leave" OR "absent without" OR AWOL "missing persons" OR "missing patients" OR "missing inpatients" OR "going missing") OR ("Runaway Behavior" OR "Wandering Behavior") [mh]	0

#	SITE WEB	URL	STRATÉGIE	MOTS-CLÉ	# RÉSULTATS PERTINENTS
26	INESSS	http://www.inesss.qc.ca	Via Google	site: inesss.qc.ca fugue fugues »usager manquant »usagers manquants »absence non autorisée »absences non autorisées »sortie non autorisée »sorties non autorisés»	0
27	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>	http://www.ihl.org/	Via Google	site: ihl.org absconding elopement wandering absconscion eloping "unauthorized leave" "unauthorised leave" "absent without" AWOL absconders	0
28	<i>National Institute for Health Research</i>	https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk	mots-clés	absconding	0
			mots-clés	elopement	0
			mots-clés	wandering	0
			mots-clés	«unauthorized leave»	0
			mots-clés	«unauthorised leave»	0
			mots-clés	«absent without»	0
			mots-clés	AWOL	0
29	NICE	https://www.nice.org.uk/guidance	Via Google	site: nice.org.uk absconding elopement absconscion "unauthorized leave" "unauthorised leave" "absent without" AWOL absconders	1
			Via Google	site: nice.org.uk "wandering" autism "intellectual disability" "intellectual disabilities" "developmental disability" "developmental disabilities"	0
30	<i>Open Access Thesis and Dissertations</i>	https://oatd.org/	par mots-clés	title:(elop* OR abscon* OR AWOL) AND abstract: (elop* OR abscon* OR AWOL) AND pub_dt:[2000-01-01T00:00:00Z TO 2022-01-01T00:00:00Z]	2
				title:(“run away” OR “running away” OR wandering OR fugue*) AND (psychiatr* OR mental* OR intellectu* OR autis*) AND pub_dt: [2000-01-01T00:00:00Z TO 2022-01-01T00:00:00Z]	0
31	<i>Open Grey</i>	http://www.opengrey.eu/	Via Google	elop* OR abscon* OR fugue* OR AWOL	3
				(“run away” OR “running away” OR wandering) AND (psychiatr* OR mental* OR intellectual* OR autis*)	0

#	SITE WEB	URL	STRATÉGIE	MOTS-CLÉ	# RÉSULTATS PERTINENTS
32	<i>Patient Safety Institute</i>	https://www.patientsafetyinstitute.ca/	Via Google	site: patientsafetyinstitute.ca absconding elopement wandering absconson eloping "unauthorized leave" "unauthorised leave" "absent without" AWOL absconders	
33	<i>Social Care Online</i>	https://www.scie-socialcareonline.org.uk/	par mots-clés	AllFields:'absconding' OR AllFields:'elopement' OR AllFields:"unauthorized leave" OR AllFields:"unauthorised leave" OR AllFields:"absent without" OR AllFields:"absence without" OR AllFields:"leave without" OR AllFields:"left without" OR AllFields:'AWOL' OR AllFields:"missing patient" OR AllFields:"missing patients" OR AllFields:"missing adult" OR AllFields:"missing adults" OR AllFields:"missing people" OR AllFields:"going missing" OR AllFields:'wandering' AND PublicationYear:'2000 2021' NOT TitleExact:'dementia'	
					7

Annexe II : Schéma de sélection des documents



Annexe III : Extraction des données

Grilles d'extraction de littérature scientifique

1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS	POPULATION	INTERVENTION		RÉSULTATS D'INTÉRÊT
		Participants Professionnels	a) Identification des FR b) Dépistage du risque	Mesures Outils	a) Facteurs associés aux ANA b) Pratique et outils de dépistage
BEER (2009) Royaume-Uni	<p>Objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déterminer le modèle de fuite chez les patients hospitalisés sur une unité peu sécurisée - Comparer les caractéristiques cliniques des patients fugueurs et des non-fugueurs - Déterminer l'existence de prédicteurs de fugue chez les des patients hospitalisés <p>Devis : Étude cas témoin (Quantitatif)</p> <p>Qualité : 91 %</p>	<p>N=78 patients dultes en santé mentale dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - n=17 (22 %) fugueurs - n=61 (78 %) non fugueurs <p>n=38 fugues</p>	<p>a) Identification des prédicteurs de fugue chez les patients hospitalisés sur des unités à sécurité minimum</p>	<p>Base de données liée au dossier électronique des patients</p> <p>Base de données des incidents/ accidents</p> <p>Tests statistiques (<i>Fisher exact test</i>) pour observer des différences significatives entre les deux groupes</p>	<p>Facteurs associés statistiquement significatifs :</p> <p>Caractéristiques cliniques qui diffèrent entre les fugueurs et les non-fugueurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents de fugue : RC=4,74 IC 1,51-14,86, (p=0,009) - Antécédents de consommation et dépendance : RC=9,03, IC 1, 12-72,74, (p=0,016) <p>Facteurs associés qui tendent vers une signification :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents de non-observance : RC=2,72, IC 0,90-8,18, (p=0,094) - Antécédents de comportements sexuels inappropriés : RC=0,25, IC 0,05-1,22, (p=0,080) - Antécédents de trouble des conduites dans l'enfance : RC=3,02, CI 0,95-9,63, (p=0,098)

Légende : FR = facteurs de risque; RC = rapport de cote; IC = intervalle de confiance; p = niveau de significativité statistique; t = niveau de différence avec l'hypothèse nulle; \bar{X} = moyenne.

1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS	POPULATION	INTERVENTION		RÉSULTATS D'INTÉRÊT
		Participants Professionnels	a) Identification des FR b) Dépistage du risque	Mesures Outils	a) Facteurs associés aux ANA b) Pratique et outils de dépistage
<p>BOWERS (2000) Royaume-Uni</p>	<p>Objectif : Comparer les caractéristiques d'un groupe d'usagers fugueurs et d'un groupe contrôlé sur douze unités de soins psychiatriques aigus</p> <p>Devis : Étude cas témoin (Quantitatif)</p> <p>Qualité : 77 %</p>	<p>N=175 fugueurs N=159 contrôles</p> <p>N=498 fugues</p>	<p>Identifier les caractéristiques des usagers à risque de s'absenter</p>	<p>Analyses statistiques avec régression logistique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dossier électronique de l'usager - Échelle maison pour évaluer le positionnement du poste des infirmières, la visibilité pour l'observation des usagers dans la salle ainsi que le nombre de sorties potentielles 	<p>Facteurs associés à l'absence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents de fugue lors d'admissions antérieures : RC=5,63, IC= 3,39-9,36, (p=0,000) - Implication dans des incidents la semaine précédente : RC=2,5, IC=1,09-5,76, (p=0,022) - Refus de médicaments dans les dernières 48 h : RC=1,89, IC=1,03-3,5, (p=0,034) - Avec un certain nombre de transferts entre les services : RC=1,77, IC=1,05-2,98, (p=0,025) - Jeune ≤ 35 ans : RC=1,57, IC=1,33-1,86, (p=0,000) - Groupe ethnique minoritaire : RC=1,46, IC=1,23-1,74, (p=0,000) - Dx de schizophrénie : RC=1,41; IC=1,2-1,66, (p=0,000) - Sexe masculin : RC=1,4, IC=1,21-1,62, (p=0,000) - Religion non chrétienne : RC=1,24, IC=1,06 - 1,69, (p=0,008) - Sans emploi : RC=1,08, IC=1,02-1,15, (p=0,002) <p>Facteurs prédicteurs de l'absence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents de fugue lors d'admissions antérieures : RC=9,37, IC=5,17-16,98, (p=0,000) - Refus de médicaments dans les derniers 48 h : RC=3,11, IC=1,52-6,34, (p=0,000) - Âgé de ≤ 35 ans : RC=2,68, IC=1,77-4,06, (p=0,000) - Sexe masculin : RC=1,81, IC=1,19-2,75, (p=0,000) - Dx schizophrénie : RC=1,53, IC=1,01-2,3, (p=0,000) <p>Les variables répertoriées permettent une précision prédictive globale de 77 % pour distinguer les fugueurs des contrôles. Le rapport de cote signifie qu'un usager ayant des antécédents de fugue est environ 9x plus susceptible de fuguer à nouveau.</p> <p>Profil des absences : Aucune corrélation significative n'a pu être trouvée entre les taux de fugues et la météo (heures d'ensoleillement, pluie en mm, heures de pluie, température maximale, heures de gel).</p>

1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS	POPULATION	INTERVENTION		RÉSULTATS D'INTÉRÊT
		Participants Professionnels	a) Identification des FR b) Dépistage du risque	Mesures Outils	a) Facteurs associés aux ANA b) Pratique et outils de dépistage
CABARKAPA (2020) Australie	<p>Objectif : Comparer le profil des fugueurs avec celui des non-fugueurs dans les milieux de soins psychiatriques publics (santé mentale)</p> <p>Devis : Étude cas témoin (Quantitative)</p> <p>Qualité : 82 %</p>	<p>N=159 fugueurs adultes</p> <p>Comparé à : N=100 non fugueurs adultes sélectionnés aléatoirement</p>	<p>Identifier les facteurs de risque de fugues en milieu de soins publics</p>	<p>Données socio-démographiques</p> <p>Tests statistiques : Test – t Chi-carré Régression logistique</p>	<p>Facteurs associés à l'absence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédent d'admission (p<0,001) - Dx de schizophrénie (p<0,001) - Statut légal (p<0,001) - Comorbidité (p<0,001) - Polyconsommation (p<0,001) - Antécédents d'agressions (p<0,001) <p>Facteurs prédictifs de l'absence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Statut légal (p<0,001) - Comorbidité (p=0,001) - Polyconsommation (p=0,011) - Durée de séjour plus court (p=0,012) - Masculin (p=0,046) <p>Profil des absences : 56 % des absences durant les 10 premiers jours d'admission 20,8 % le vendredi</p>

1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS	POPULATION	INTERVENTION		RÉSULTATS D'INTÉRÊT
		Participants Professionnels	a) Identification des FR b) Dépistage du risque	Mesures Outils	a) Facteurs associés aux ANA b) Pratique et outils de dépistage
CARR (2008) Australie	<p>Objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rappporter les taux d'incidents (agressivité et fuite) ainsi que les indices de l'efficacité du service longueur moyenne de séjour et réadmission précoce) - Examiner les relations entre incidents & l'efficacité des soins et les données sociodémographiques, les facteurs de risque, les facteurs de préadmission et les facteurs concomitants liés à l'admission des usagers hospitalisés en santé mentale <p>Devis : Étude cas témoin (Quantitative)</p> <p>Qualité : 95 %</p>	<p>N= 3877 fugeurs Dont N=2210 hommes N=1667 femmes</p> <p>N=5546 admissions sur 11 unités de SM</p>	<p>Identification des facteurs de risque des absences non autorisées</p>	<p>Données sociodémographiques</p> <p>Régression logistique (univariées et multivariées) Analyse de la variance (ANOVAs) Covariance (ANCOVA)</p>	<p>Facteurs associés à au moins une absence non autorisée (analyses univariées avec Rapport de Cote) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jeune âge, moins de 40 ans (RC=0,88, p<0,001) - Antécédents d'admission (RC=1,79, p<0,001) - Statut légal - involontaire (RC=1,64 p<0,001) - Dx schizophrénie (RC=1,39 p<0,001) - Dx bipolarité (RC=1,39 p<0,001) - Dx dépression (RC=0,54 p<0,001) - Consommation/abus substances (RC=2,15 p<0,001) <p>Facteurs prédicteurs de l'absence (analyses multivariées Rapport de Cote ajusté) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jeune âge, moins de 40 ans (RC ajusté=1,02 p<0,001) - Consommation/abus substances (RC ajusté=1,86 p<0,001) <p>Profil des absences : Le nombre de fugues augmente tôt après l'admission avec un pic à la 2^e semaine et ensuite il y a un déclin (p<0,001)</p>

1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS	POPULATION	INTERVENTION		RÉSULTATS D'INTÉRÊT
		Participants Professionnels	a) Identification des FR b) Dépistage du risque	Mesures Outils	a) Facteurs associés aux ANA b) Pratique et outils de dépistage
DICKENS (2001) Royaume-Uni	<p>Objectif : Description des profils de fugeurs dans un hôpital caritatif (mélange de privé et de public)</p> <p>Devis : Étude de cohorte (Quantitative)</p> <p>Qualité : 91 %</p>	<p>N=88 patients Dont N=50 hommes N=38 femmes</p> <p>N=148 incidents de fugue</p> <p>N=1378 patient groupe contrôle</p>	<p>Identification des profils de fugeurs</p>	<p>Données sociodémographiques</p> <p>Analyses statistiques (test t et Chi-Carré)</p>	<p>Profils du groupe de fugeurs (vs groupe contrôle) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus jeune : (moyenne=28,5 ans, écart type=9,5 ans vs moyenne=38,7 ans, écart-type=14 ans p<0,001) - Célibataire/divorcé/séparé/veuf : que marié (t=1, c2=28,3 p<0,001) - Détenir un statut légal : (t=1, $\chi^2=41,7$, p<0,001) <p>Masculin n'est pas significatif (t=1, $\chi^2=0,33$, p<0,05) Provenir d'une minorité ethnique n'est pas significatif Durée de séjour n'est pas un facteur significatif</p> <p>Profils des absences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur unité débarrée : (80,4 %) - Produites de jour : entre 12 h et 16 h (42,6 %) - Plus nombreuses entre mai et octobre : (t=1, $\chi^2=19,8$ p<0,01), avec un pic en octobre (24 incidents)

1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS	POPULATION	INTERVENTION		RÉSULTATS D'INTÉRÊT
		Participants Professionnels	a) Identification des FR b) Dépistage du risque	Mesures Outils	a) Facteurs associés aux ANA b) Pratique et outils de dépistage
<p>DONNELLY (2020) Irlande</p>	<p>Objectif : Décrire les profils de fugeurs dans un hôpital psychiatrique et déterminer les raisons, la fréquence, le moment qui motivent leur fuite ou leur retour sur l'unité</p> <p>Devis : Étude descriptive prospective (Quantitative)</p> <p>Qualité : 63 %</p>	<p>N=55 incidents de fugue N=34 fugeurs dont N=30 femmes N=25 hommes</p> <p>Suivi avec N=12 patients en volontairement admis dont N=9 femmes N=3 hommes</p>	<p>Identification des profils de fugeurs</p>	<p>Données sociodémographiques Données du dossier du patient Données des rapports d'accidents/ incidents</p> <p>Statistiques descriptives en face à face avec entrevues structurées basée sur un guide de questions relevant de la littérature scientifique (considérées comme des réponses quantitatives)</p>	<p>55 RAPPORTS D'ÉPISODES D'ABSENCES</p> <p>Profils des 34 fugeurs auxquels se rapportent les épisodes d'absences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents d'admission 85,5 % (14,5 % en étaient à leur 1^{re} admission) - Antécédents de fugue 58,2 % (41,8 % un seul épisode de fugue) <p>Profils des absences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée de séjour avant la fugue 31,7 jours (±51,2) - Pendant le quart 7:30-20:30 76,4 % (n=42) - La journée du vendredi 31 % (n=17) - Sur unité débarrée 88 % (22 % unité barrée) <p>12 usagers interviewés à leur retour</p> <p>Profils des 12 fugeurs interviewés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âge moyen de 39,6 ans - De sexe féminin 75 % - Dx trouble affectif (schizo-affectif, bipolarité) 50 % - Trouble consommation substances 16 % - Antécédents d'admission 67 % (33 % en étaient à leur 1^{re} admission) <p>Profils des absences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée de séjour avant la fugue 25,1 jours (±32,2) - Sur unité débarrée 90 % <p>Raisons mentionnées pour s'absenter : (n=6) pour tenter de se suicider, (n=10) pour une promenade ou magasinage, (n=2) pour se procurer un objet pour se faire mal, (n=1) pour abuser de l'alcool, (n=1) pour retourner à son domicile.</p>

1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS	POPULATION	INTERVENTION		RÉSULTATS D'INTÉRÊT
		Participants Professionnels	a) Identification des FR b) Dépistage du risque	Mesures Outils	a) Facteurs associés aux ANA b) Pratique et outils de dépistage
GERACE (2015) Australie	<p>Objectif : Enquêter sur les absences dans trois services/ unités de soins de courte durée de janvier 2006 à juin 2010, afin de déterminer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les taux d'absences - Les différences entre les caractéristiques des usagers qui s'absentent et les autres - Les types d'incidents <p>Devis : Étude cas témoin (Quantitative)</p> <p>Qualité : 95 %</p>	<p>Adultes avec troubles de santé mentale Comparaisons entre : N=271 fugueurs N=1913 non fugueurs</p> <p>N total=2184 dont 1474 hommes 710 femmes</p>	<p>Identification des facteurs de risque associés aux ANA</p>	<p>Régressions logistiques Statistiques descriptives Tests t Pearson's X2 Kruskal-Wallis Mann-Whitney</p> <p>1) Taux d'absences pour 100 admissions : - Nombre d'incidents/ mois divisé par le nombre d'hospitalisations X 100</p> <p>2) Profil des fugueurs ou facteurs de risque : - Comparaison entre patients non fugueurs et patients fugueurs - Utilisation de la régression binaire logistique pour déterminer les prédicteurs d'absences</p> <p>3) Description profil des absences : - Enregistrement de données de patients s'étant absentés (numéro d'identification du patient, statut, date/heure, date de retour, etc.)</p>	<p>Facteurs associés à l'absence non autorisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âge moyen de 35 ans - Admissions involontaires (statut légal) 66,52 % - Sexe masculin 75 % - Groupe ethnique aborigène 11 % - Dx Schizophrénie ou trouble psychotique 80 % - Antécédents de fugue 80 % (≥1 fugue) <p>Facteurs prédictifs de l'absence non autorisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dx principal schizophrénie : (critère de base pour la régression logistique) (4x plus que les troubles affectifs et 1,59x plus que troubles de l'humeur) - Sexe masculin : RC=1,37, IC=95 %, (p<0,05) - Groupe ethnique aborigènes : RC=1,74x plus que caucasiens, (p=0,01) - Durée de séjour avant la fugue (≤21jours) : (RC=0,53, IC=95 %, p<0,001) <p>Profil des absences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée de séjour avant la fugue (>21jours) 60,15 % - Plus souvent l'été et l'automne (p=0,01) - Les fugues répétées se produisent plus souvent en mai et août (saison froide d'Australie) - Pas de modèle pour la journée de la semaine la plus à risque de fugue - Plus souvent de jour (15 h, 16 h ou 20 h)

1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS	POPULATION	PHÉNOMÈNE D'INTÉRÊT		RÉSULTATS		
		Participants Professionnels	a) Identification des FR b) Dépistage du risque	Mesures Outils	Textuel	Interprété	Catégorisé
GROTTO (2015) Australie	<p>Objectif : Vérifier quelles sont les informations et les connaissances utilisées par les infirmières pour évaluer et gérer les risques d'absences non autorisés</p> <p>Devis : Enquête interprétative (Qualitative)</p> <p>Qualité : 85%</p>	<p>N=11 infirmières avec expérience en santé mentale</p> <p>3 unités de soins de courte durée non barrées</p>	<p>Dépistage et évaluation du risque d'absence non autorisée</p>	<p>Entrevues semi-structurées portant sur deux thématiques (rôle des infirmières dans l'évaluation et la gestion des risques d'absences et leurs perceptions)</p> <p>Analyse thématique (identification de 23 codes)</p>	<p><i>Risk assessment</i> <i>Nurses believed that every patient arriving at the ward should be assessed for potential risk of absconding.</i> <i>Nurses agreed that assessment of a patient's risk should be made as soon as possible after the patient has arrived on the unit.</i></p> <p><i>Nurses stated that assessing risk of absconding involved significant clinical judgment.</i> <i>Nurses perceived the most prevalent marker was drawing on a patient's past history.</i> <i>Mainly, this involved whether they had absconded before or had previously expressed frustration regarding their hospitalisation. They also acknowledge the vital importance of current clinical presentation in making an assessment.</i></p> <p><i>A specific focus was on whether the patient was pacing, appeared to be hyper-vigilant, severely distressed, agitated, tormented, expressing suicidal ideation or simply asking if they can go to the shops. Other predictive factors included the patient's level of functioning, and their level of ability to comprehend, understand and comply with the admission process</i></p> <p><i>No clear consensus was made as to what information was of the most benefit in making the assessment.</i></p>	<p>Les infirmières sont d'avis que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chaque patient arrivant sur l'unité devrait être évalué pour déterminer le risque d'absence - L'évaluation devrait être faite dès l'arrivée du patient sur l'unité - Le marqueur de risque le plus important est l'histoire antérieure du patient, notamment s'il a déjà exprimé de la frustration au sujet de son hospitalisation - Un autre marqueur important est la présentation clinique actuelle du patient (niveau d'agitation, l'hypervigilance, détresse, inquiétude, s'il exprime des idées suicidaires ou demande la permission d'aller dans les magasins. - Parmi les autres facteurs prédictifs, il est important de vérifier le niveau de fonctionnement du patient, sa capacité de compréhension et de respect pour le processus d'admission <p>Aucun consensus clair ne s'est dégagé quant à l'information la plus prédictive dans l'évaluation du risque.</p>	<p>3 thèmes retenus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation du risque - Gestion du risque - Réactions face aux absences <p>Facteurs jugés associés à l'absence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents de fugue (+ important) - Présentation clinique actuelle (agitation, inquiétudes, détresse, fonctionnement) <p>Aucun consensus sur le facteur le plus prédictif</p> <p>Outils/pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'outil formel - Jugement clinique (+ important) - Évaluation du risque pour tous les patients - Évaluation du risque dès l'arrivée sur unité (ou milieu d'hébergement)

1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS	POPULATION	INTERVENTION		RÉSULTATS D'INTÉRÊT						
		Participants Professionnels	a) Identification des FR b) Dépistage du risque	Mesures Outils	a) Facteurs associés aux ANA b) Pratique et outils de dépistage						
KANG (2020) Australie	<p>Objectif : Explorer la nature et les conséquences des comportements préoccupants (agression, automutilation, fugues et agressions sexuelles) dans un milieu de santé mentale pour adultes hospitalisés</p> <p>Devis : Étude de descriptive rétrospective (quantitative) et analyse thématique (qualitative)</p> <p>Qualité : 73%</p>	N=981 usagers SM dont N=551 hommes, N=428 femmes N=2 intersexes	Identification facteurs de risque	<p>Statistiques descriptives (données sociodémographiques, type et fréquences des incidents, type et nature des interventions) produites à partir des données du dossier électronique du patient et du registre national des incidents/accidents. Données du 1^{er} août 2016 au 31 juillet 2017.</p> <p>Analyse thématique (avec codes et thèmes) pris dans les notes cliniques du personnel 24 h avant l'événement de fugue.</p>	<p>Facteurs associés à l'absence non autorisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âge moyen des fugueurs est de 35,7 ans - Masculin 66,7 % - Itinérant 57,4 % - Dx schizophrénie 31,5 % - Consommation/abus drogue 63% + alcool 7,4 % <p>Profil des absences : De jour entre 8 h-17 h : 60 %</p> <p>Thèmes retenus sur les raisons de fugues :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CATÉGORIES</th> <th>FACTEURS</th> <th>RÉSULTATS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Four themes summarised behavior of concerns (BOC) antecedents observed from the notes: engagement with care (conflict with staff or change of care setting), mental state (affect, perception, thinking, behavior), physiological stress (discomfort or medication side effects) and situational stressors (external stressor, informed of new Dx).</i></td> <td>4 thèmes ressortent de l'analyse qualitative sur les événements précédant l'absence : l'engagement aux soins (conflit avec le personnel, changement de milieu de soins), l'état mental (émotions, perceptions, pensées, comportements), stressseurs physiques (inconfort et effets secondaires de la Rx) et stressseurs situationnels (responsabilités domestiques ou annonce d'un nouveau Dx)</td> <td>Facteur jugé associé à l'absence : Présentation clinique (24 h avant l'événement)</td> </tr> </tbody> </table>	CATÉGORIES	FACTEURS	RÉSULTATS	<i>Four themes summarised behavior of concerns (BOC) antecedents observed from the notes: engagement with care (conflict with staff or change of care setting), mental state (affect, perception, thinking, behavior), physiological stress (discomfort or medication side effects) and situational stressors (external stressor, informed of new Dx).</i>	4 thèmes ressortent de l'analyse qualitative sur les événements précédant l'absence : l'engagement aux soins (conflit avec le personnel, changement de milieu de soins), l'état mental (émotions, perceptions, pensées, comportements), stressseurs physiques (inconfort et effets secondaires de la Rx) et stressseurs situationnels (responsabilités domestiques ou annonce d'un nouveau Dx)	Facteur jugé associé à l'absence : Présentation clinique (24 h avant l'événement)
CATÉGORIES	FACTEURS	RÉSULTATS									
<i>Four themes summarised behavior of concerns (BOC) antecedents observed from the notes: engagement with care (conflict with staff or change of care setting), mental state (affect, perception, thinking, behavior), physiological stress (discomfort or medication side effects) and situational stressors (external stressor, informed of new Dx).</i>	4 thèmes ressortent de l'analyse qualitative sur les événements précédant l'absence : l'engagement aux soins (conflit avec le personnel, changement de milieu de soins), l'état mental (émotions, perceptions, pensées, comportements), stressseurs physiques (inconfort et effets secondaires de la Rx) et stressseurs situationnels (responsabilités domestiques ou annonce d'un nouveau Dx)	Facteur jugé associé à l'absence : Présentation clinique (24 h avant l'événement)									

1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS	POPULATION	INTERVENTION		RÉSULTATS D'INTÉRÊT
		Participants Professionnels	a) Identification des FR b) Dépistage du risque	Mesures Outils	a) Facteurs associés aux ANA b) Pratique et outils de dépistage
MENDITTO (2006) USA	<p>Objectif : - Prédire le risque de fugue, par l'utilisation de la régression logistique, afin de favoriser les prises de décisions administratives en santé mentale</p> <p>Devis : Étude cas témoin (quantitative)</p> <p>Qualité : 72%</p>	N=636 usagers dont n=236 délinquants (crimes majeurs) involontaires et sous statut légal n=400 délinquants (crimes mineurs) volontaires et déclarés non criminellement responsables	Identification des facteurs de risque	<p>Analyses univariées et bivariées avec test t, Fisher et Khi Carré</p> <p>Utilisation d'un sondage, des données du dossier électronique du patient et des rapports d'incidents/accidents</p>	<p>Facteurs associés à l'absence non autorisée (profil du fugueur vs non-fugueur) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexe masculin (= pas de différence significative) - Jeune (moyenne âge 45,6, p<0,01) - Minorité ethnique (afro-américain) (48,3 %, p<0,001) - Jamais marié (75.8 %, p< 0,05) - En emploi ou études (pas de différence significative) - Dx Schizophrénie (=pas de différence significative) - Autre trouble psychiatrique (trouble de la personnalité) (20,7 %, p<0,05) - Consommation substances (63,8 %, p<0,001) - Antécédents de comportements violents (51,7 %, p<0,05) - Antécédents de fugues (50 %, p<0,001) - Statut légal (=pas de différence significative) - Fonctionnement global et comportements violents (présentation clinique) (=pas de différence significative) - Durée de séjour (moyenne de 58,8 mois = long) - Unité milieu urbain (82,8 %, p<0,001) - Unité barrée en tout temps (84,5 %, p<0,003) <p>Profil des absences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unité milieu urbain (82,8 %, p< 0,001) - Unité barrée en tout temps (84,5 %, p< 0,003) <u>ET</u> prédicteurs (RC=3,47, (p≤0,05))

1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS	POPULATION	INTERVENTION		RÉSULTATS D'INTÉRÊT
		Participants Professionnels	a) Identification des FR b) Dépistage du risque	Mesures Outils	a) Facteurs associés aux ANA b) Pratique et outils de dépistage
MOSEL a (2010) Australie	<p>Objectif : Déterminer le taux d'absences dans 3 unités de soins de courte durée en santé mentale pendant 12 mois, ainsi que le profil des usagers qui s'absentent sans autorisation</p> <p>Devis : Étude descriptive longitudinale rétrospective (quantitative)</p> <p>Qualité : 82%</p>	<p>N=620 adultes SM dont N=410 hommes N=210 femmes</p> <p>N= 49 fugueurs dont N=37 hommes N=12 femmes</p>	<p>Identification des facteurs de risque</p>	<p>Statistiques descriptives de données issues du dossier de l'utilisateur</p> <p>Tests statistiques inférentiels pour déterminer la signification statistique des résultats</p>	<p>Facteurs associés à l'absence (profil du fugueur n=49 de 64 épisodes de fugues) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masculin (75 %, p=0,166 ce qui est non significatif) - Dx de schizophrénie 69,39 % - Âge moyen ♂ et ♀ fugueurs (34,82 + 32,42 / 2 = 33,6 ans) - Durée de séjour avant la fugue (≤21 jours) 59,18 % - Antécédent de fugues 39,06 % (non significatif) <p>Profil des absences : Plus fréquent de soir 19 h-23 h avec 28 %</p>
MOSEL b (2010) Australie	<p>Objectif : Examiner les comportements de fuite de patients hospitalisés en psychiatrie, issus de cultures et de langues différentes (CALD), afin de générer des connaissances sur ce phénomène au sein de cette population.</p> <p>Devis : Étude descriptive longitudinale rétrospective (quantitative)</p> <p>Qualité : 86%</p>	<p>N=620 adultes SM dont N=405 caucasiens N=71 CALD N=144 non définis</p> <p>N=49 fugueurs</p>	<p>Identification de facteurs de risque d'absence auprès d'usagers issus de cultures et de langues différentes (CALD)</p>	<p>Statistiques descriptives de données issues du dossier de l'utilisateur</p> <p>Calcul du taux de fuites basé sur deux méthodes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'événements de fuite divisé par nombre de patients sortis - Nombre de patients en fuite divisé par nombre de sorties 	<p>Facteurs associés à l'absence (profil du fugueur n=49 de 64 épisodes de fugues) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexe masculin (75 % des 49 fugueurs de toute origine ethnique) - Âge moyen caucasiens et CALD (33,1 + 32,5 / 2 = 32,81 ans) - Dx de schizophrénie 69,39 % - Minorité ethnique CALD 20,41 % (non significatif)

1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS	POPULATION	INTERVENTION		RÉSULTATS D'INTÉRÊT
		Participants Professionnels	a) Identification des FR b) Dépistage du risque	Mesures Outils	a) Facteurs associés aux ANA b) Pratique et outils de dépistage
MUIR- COCHRANE (2011) Australie	<p>Objectif : Décrire les caractéristiques des patients qui s'absentent sans autorisation et examiner les circonstances entourant ces événements (absences)</p> <p>Devis : Étude descriptive longitudinale rétrospective (quantitative)</p> <p>Qualité : 86%</p>	<p>N=687 adultes SM</p> <p>dont n=457 hommes n=229 femmes</p> <p>dont n=149 sans statut légal n=538 statut légal (ordonnance de détention)</p> <p>N=67 fugueurs</p>	<p>Identification facteurs de risque</p>	<p>Données de patients obtenues à partir de deux bases de données :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Base de données de sortie de patients hospitalisés (informations démographiques, Dx, Tx) - Base de données sur les épisodes de fuites - *Données collectées entre le 1^{er} sept 2006 et le 31 août 2007 	<p>Facteurs associés à l'absence (profil du fugueur n=67 de 112 fugues) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âge moyen 33,99 ans, écart-type de 1,33 an - Sexe masculin (74,6 %; non significatif) - Dx de schizophrénie (79,10 %; RC= 2,04, IC=1,12-3,98, (p=0,015) - Récidivistes (antécédents de fugues) 29,8 % - Durée de séjour avant la fugue ≤21 jours 59,18 % <p>Profil des absences : Unité barrée (57 épisodes sur unité barrée/112 épisodes total = 50,89 %), mais non significatif; RC= 0,74 (p=0,390)</p>

1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS	POPULATION	PHÉNOMÈNE D'INTÉRÊT		RÉSULTATS		
		Participants Professionnels	a) Identification des FR b) Dépistage du risque	Mesures Outils	Textuel	Interprété	Catégorisé
MUIR-COCHRANE (2013) Australie	<p>Objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explorer les expériences d'usagers détenus involontairement sur une unité de soins en vertu de la loi locale sur la santé mentale et qui ont fugué ou tenté une fugue <p>Devis : Étude Qualitative</p> <p>Qualité : 75%</p>	N=12 adultes SM	Identification des facteurs de risque associés aux usagers manquants	<p>Entrevue semi-structurée avec analyse thématique</p> <p>Les thèmes identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perception de l'unité de soins comme un endroit sécuritaire ou non - Perception influencée par différents facteurs (individuels, sociaux, physiques et symboliques) en lien avec l'unité psychiatrique 	<p><i>It was when the inpatient psychiatric unit was experienced as unsafe that the consumers were most likely to abscond.</i></p> <p><i>We describe the individual, social, symbolic and physical aspects of the inpatient psychiatric unit and their impact on absconding.</i></p> <p><i>They described feelings of panic and fear leading to absconding, for ex. as a result of experiencing hallucinations and paranoia during their admission.</i></p> <p>- Social Factors: <i>Negative experiences of care provision contributed to the inpatient psychiatric unit being experienced like as an unsafe place, for ex. Ehen they felt they were not being helped or when they fears for personal safety with other consumers.</i></p> <p>- Physical environment Factors: <i>Consumers complained about the physical environment of the hospital being too crowded, noisy, too busy, too cold or hot, and ugly, even prison-like. Consumer felt that allowing too much privacy made the hospital environment unsafe, in that it offered too many opportunities to abscond and for others to enter the environment who are not supposed to be there.</i></p> <p>- Symbolic environment Factors: <i>Lack of freedom led to feelings of loneliness, isolation, and boredom. Consumers identified that not being free to do what they wanted to do or go and see who they wanted to see, in addition to having no structured activities available or access to open areas, led to absconding. Lack of familiarity led to the hospital being experienced as a frightening and uncomfortable place to be, resulting in a desire to abscond.</i></p>	<p>Les résultats montrent que la principale raison pour laquelle les usagers fuguent est qu'ils ne se sentent pas en sécurité dans le milieu de soins.</p> <p>Différents aspects/ facteurs de leur expérience de soins influencent leurs comportements relativement aux absences (fugues) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuels (expérience de la maladie) - Sociaux (relations avec le personnel et avec les autres usagers) - L'environnement physique (couleur, lumière, espace) - L'environnement symbolique (liberté et familiarité) 	<p>Facteurs associés à l'absence non autorisée :</p> <p>Présentation clinique (perception de sécurité) exprimée comme importante et associée aux comportements de fugues. Cette perception personnelle se décline en quatre facteurs : individuel, social, environnement physique et environnement symbolique.</p>

1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PÉRIODE COUVERTE	CRITÈRES D'INCLUSION	RÉSULTATS
O'SHEA (2014) Royaume-Uni	<p>Objectif : Évaluer les propriétés psychométriques de l'outil START et réaliser une méta-analyse pour évaluer son efficacité pour prédire les 7 risques suivants : violence, automutilation, suicide, toxicomanie, victimisation, négligence de soi et absence non autorisée</p> <p>Devis : Revue systématique suivie d'une méta-analyse</p> <p>Qualité : Moyenne</p>	Jusqu'en janvier 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Population adulte souffrant de troubles de santé mentale - Études empiriques du START - Évaluations des utilisateurs - Études de faisabilité - Études sur les propriétés psychométriques - En anglais - Documents de littérature grise 	<p>23 études incluses</p> <p>Faisabilité /Utilité du START</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 études ont évalué cette variable - Le temps moyen pour utiliser le START était de 25 à 40 min, mais celui-ci diminuait lors des évaluations suivantes - Après 18 mois d'utilisation, le temps moyen était de 5 min. <p>Validité prédictive du START</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 études ont évalué cette variable - 10/12 ont montré que le START prédisait de manière significative différentes catégories d'agressions des patients - 1 seule étude a indiqué que le START prédit de manière significative les absences non autorisées et la toxicomanie (Braithwaite <i>et al.</i> 2010)

Légende : FR = facteurs de risque; RC = rapport de cote; IC = intervalle de confiance; p = niveau de significativité statistique; t = niveau de différence avec l'hypothèse nulle; \bar{X} = moyenne

1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS	POPULATION	INTERVENTION		RÉSULTATS D'INTÉRÊT
		Participants Professionnels	a) Identification des FR b) Dépistage du risque	Mesures Outils	a) Facteurs associés aux ANA b) Pratique et outils de dépistage
O'SHEA (2015) Royaume-Uni	<p>Objectif : Tester la validité du START à prédire les absences non autorisées et la toxicomanie</p> <p>Devis : Étude de cohorte prospective (quantitative)</p> <p>Qualité : 82%</p>	<p>N=827 adultes troubles SM+DI-TSA</p> <p>dont N=597 hommes N=230 femmes</p>	<p>Identification facteurs de risque</p> <p>Outil de dépistage du risque</p>	<p>Passation de l'outil START</p> <p>Outil permettant de déterminer le niveau de risque (faible, moyen, élevé) pour les comportements de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Violence hétéroagressive - Violence autoagressive - Suicide - Absence non autorisée - Abus substances - Négligence personnelle - Victimisation <p>Comprend 20 items considérés comme des facteurs de risque (échelle Vulnérabilité) ou des facteurs protecteurs (échelle Forces) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Habiletés sociales - Relations interpersonnelles - Occupations - Récréations - Autosoins - État mental - État émotionnel - Consommation substances - Contrôle de l'impulsivité - Stresseurs externes - Soutien social - Ressources matérielles - Attitudes - Observance Rx - Observance aux règles - Comportement - Autocritique - Plans et objectifs - Adaptation - Esprit de conciliation <p>Calcul de la fiabilité et de la valeur prédictive de l'outil START</p> <p>Utilisation de statistiques descriptives et du test statistique Kappa (K) pour la fiabilité du codage des résultats</p>	<p>N=23 épisodes d'absences non autorisées N=20 fugueurs impliqués</p> <p>Profil des fugueurs (comportements d'ANA) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus jeunes (27 ans vs 37 ans) (p<0,001) - Sexe masculin (65 %) (non significatif) - Statut légal (non significatif) <p>Valeur prédictive du START :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valeur prédictive positive 5,9 % - Valeur prédictive négative 98,4 % - Ce qui suggère que le START peut être plus utile pour éliminer les usagers à faible risque d'absence <p>Estimation du risque avec le START :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le risque estimé pour les absences non autorisées est significativement corrélé avec l'échelle Vulnérabilité du START (coefficient de corrélation Spearman=0,374, 95 %, IC=0,304–0,444, (p<0,01)) - Le risque estimé pour les absences non autorisées est corrélé négativement avec l'échelle Force (coefficient de corrélation Spearman=-0,0277, 95 %, IC=-0,0205– -0,0350, (p<0,01)) <p>L'échelle de vulnérabilité du START a donc une certaine validité prédictive pour les ANA.</p>

1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PÉRIODE COUVERTE	CRITÈRES D'INCLUSION	RÉSULTATS
<p>VOSS (2019) Royaume-Uni</p>	<p>Objectif : Identifier l'expérience des patients qui s'enfuient de l'hôpital, en accordant une attention particulière aux raisons qui les poussent à le faire</p> <p>Devis : Revue systématique + synthèse thématique (quantitative et qualitative)</p> <p>Qualité : Moyenne</p>	<p>1986 018</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Clientèle adulte (18 à 65 ans) avec troubles de santé mentale : <ul style="list-style-type: none"> - Ayant une expérience de fugue - Résidant dans un service hospitalier de santé mentale, un service d'admission, un service de soins de courte ou de longue durée ou un service de médecine légale - Article en anglais - Publié entre 1986 et 2018 	<p>Thème central : expérience patient N=8 articles inclus</p> <p>Facteurs exprimés comme étant associés à l'absence : Présentation clinique actuelle (selon les patients, l'absence est considérée comme une recherche de liberté)</p> <p>4 raisons (sous-thèmes) qui sous-tendent la recherche de liberté des usagers :</p> <p>Recherche de liberté pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trouver de l'aide, du soulagement - Reprendre le pouvoir et le contrôle sur sa vie - Répondre aux besoins non satisfaits - De manière opportuniste (lorsqu'une occasion se présente)

Grilles d'extraction de la littérature grise

1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE PAYS	ORGANISATION TYPE DE DOCUMENT	CRÉDIBILITÉ	POPULATION	SUJET	RÉSULTATS/RECOMMANDATIONS
			<ul style="list-style-type: none"> • DI (dépendance) • TSA (dépendance) • Trouble SM (dépendance) 	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs de risque associés au UM • Outil/pratiques de dépistage du risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Identification de facteurs de risque (individuel, environnemental, systémique) • Détails d'un outil/pratique aidant au dépistage des risques d'ANA
AWAARE COLLABORATION (2014) États-Unis	Fiche informative pour les ergothérapeutes	Moyenne	Population DI et TSA (sans dépendance) jeunesse, mais pouvant perpétuer le comportement à l'âge adulte	<p>Identification des facteurs de risque de fugue</p> <p>Définition des types de fugues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avec un objectif : errance ou absence dans le but d'atteindre ou de fuir quelque chose - Sans objectif : fuite soudaine, généralement pour s'éloigner rapidement de quelque chose 	<p>Facteurs de risques individuels : Les absences se produisent le plus souvent : Moment de stress, escalade d'événements, présence d'un déclencheur</p> <p>Facteurs de risques environnementaux : Les absences se produisent le plus souvent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mois les plus chauds et jours fériés - Activités de plein air (camping, randonnée ou rassemblements) - Visites de nouveaux environnements tels que la maison d'un ami ou dans le cadre de vacances - Périodes de transition (déménagement, nouvelle école ou lors de rénovations, en particulier changement de fenêtres, pose de ventilateurs/clim dans les fenêtres)
BRICKELL (2009) Canada	Rapport d'évaluation de la <i>BC Mental Health & Addiction Services</i> et de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et de l'Association des hôpitaux de l'Ontario	Élevée	Patients avec troubles mentaux	<p>Incidents les plus fréquents liés à la sécurité des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accidents - Fugues/fuites - Agressions - Automutilations et suicides <p>Définition de fuite : « Le comportement de fuite s'applique à un patient qui quitte son unité de soins sans permission ou qui viole ses conditions de congé et [est] considéré comme un incident lié à la sécurité en raison de la vulnérabilité du patient et des risques qu'il présente pour lui-même et pour les autres ».</p>	<p>Facteurs de risques individuels : Quatre facteurs de risque ont été associés aux fuites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Automutilation et suicide - Violence et agression - Vulnérabilité à la négligence de soi ou risque de décès - Perte de confiance dans le traitement offert par l'hôpital ou l'organisation (Bowers, Jarrett, & Clark, 1998) <p>Bien qu'il s'agisse d'un problème de sécurité reconnu, peu de recherche y est consacrée. Parmi les rares études réalisées dans le domaine, la majorité porte sur les facteurs de prédiction individuels, négligeant complètement les facteurs liés aux intervenants et au système, ainsi qu'à l'efficacité des interventions préventives (Bowers <i>et al.</i>, 2003). Les fugues posent donc les mêmes risques de sécurité pour eux-mêmes et pour la communauté que la fuite (p. ex. : automutilation, suicide, violence, agression et négligence de soi). Seul un très petit nombre d'études a été consacré exclusivement à ce sujet et, par conséquent, on sait peu de choses sur les raisons qui poussent les fugueurs à quitter leur domicile.</p>

1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE PAYS	ORGANISATION TYPE DE DOCUMENT	CRÉDIBILITÉ	POPULATION	SUJET	RÉSULTATS/RECOMMANDATIONS
			<ul style="list-style-type: none"> • DI (dépendance) • TSA (dépendance) • Trouble SM (dépendance) 	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs de risque associés au UM • Outil/pratiques de dépistage du risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Identification de facteurs de risque (individuel, environnemental, systémique) • Détails d'un outil/pratique aidant au dépistage des risques d'ANA
BROWN (2004) Canada	Thèse de doctorat en philosophie de l'Université Simon Fraser	Élevée	Usagers adultes SM jugés non criminellement responsables	Outils de dépistage des facteurs de risque de fugue <ul style="list-style-type: none"> - HCR-20 - PCL-R - VRAG - Analyses statistiques avec <i>Cox Regression</i> 	Variables prédictives selon les outils de mesures Facteurs significativement associés à un risque de fugue : <ul style="list-style-type: none"> - Échelle historique du HCR-20 (M=14,18 SD 3,43 vs M=12,15 SD 3,57 test T= 3,58 p=0,001) - L'item H10 antécédents de fugues (M=1,75 SD 0,62 vs M=1,32 SD 0,91 test T=3,56 p=0,001) Le HCR-20 a démontré une meilleure puissance prédictive pour les fugues que les autres outils mesurés
DESRUES (2012) France	Thèse de doctorat en médecine Université de Nantes Les fugues en psychiatrie : état des lieux au CHU de Nantes en 2011 (revue de littérature + situation à Nantes)	Élevée	Patients hospitalisés en soins psychiatriques	Identification des facteurs de risque de fugue	Facteurs associés à la fugue (profil du fugeur) : <ul style="list-style-type: none"> - Sociodémographique : jeune, homme, sans emploi - Condition psychiatrique : Dx de schizophrénie et trouble de personnalité - Antécédents : fugue - Mode hospitalisation (statut légal) : sous contrainte - Antécédents de fugue (le + pertinent) - Milieu défavorisé, chômage, mauvaise observance aux soins, violence, agitation, hospitalisation sous contrainte (semblent ↑ la survenue d'une fugue) - Tentative de fugue, expression désir fugue, consignes médicales strictes, peur, persécution et désaccord avec les décisions médicales - Antécédents de fugue, faible contrôle pulsionnel, faible motivation aux soins, délire persécution, stress, incitation de fuite par la famille, difficultés relationnelles avec équipe (prédisposants et précipitants) - Refus Tx dans les 48 h, agressivité, consommation, expression désir fugue dans les 24 h, mauvaise autocritique, échec au Tx - Absence de visite de proches, déménagement (corrélation significative avec fugue) Profil de la fugue : <ul style="list-style-type: none"> - Temps : fin de semaine, été (saison chaude), peu après l'admission (entre 3j et 3sem) - Milieu : unité débarrée Raisons évoquées pour s'absenter sans autorisation : <ul style="list-style-type: none"> - Peur, sentiment d'enfermement ou d'isolement, ennui, difficultés au domicile, envie de remplir les responsabilités quotidiennes, désaccord avec réponse médicale, refus de Tx - Pathologie médicale dont les éléments délirants et dissociatifs, confusion, intolérance à la frustration, impulsivité - Difficultés relationnelles avec l'équipe

1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE PAYS	ORGANISATION TYPE DE DOCUMENT	CRÉDIBILITÉ	POPULATION	SUJET	RÉSULTATS/RECOMMANDATIONS
			<ul style="list-style-type: none"> • DI (dépendance) • TSA (dépendance) • Trouble SM (dépendance) 	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs de risque associés au UM • Outil/pratiques de dépistage du risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Identification de facteurs de risque (individuel, environnemental, systémique) • Détails d'un outil/pratique aidant au dépistage des risques d'ANA
EMANUEL (2013) (révisé en 2017) Canada	Programme éducatif sur la sécurité des usagers. Chapitre 13b : soins en santé mentale – prévention et gestion des usagers manquants <i>Ontario Hospital Association (OHA)</i>	Élevée	Usagers manquants sous des soins prodigués en santé mentale	Identification des facteurs de risque	<p>Facteurs de risque individuels : La catégorie des facteurs liés à la personne, comme les données démographiques ou les antécédents de violence et d'agression, est soutenue par les données suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les patients plus jeunes - Le chômage ou l'itinérance - Les hommes schizophrènes s'absentent plus souvent que les femmes atteintes de schizophrénie - Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent fuir en raison de symptômes positifs (pensées délirantes ou hallucinations de commande) - Les personnes atteintes de TPL peuvent fuir en défi contre la prestation de soins ou des règlements <p>Facteurs de risques environnementaux : La catégorie des facteurs externes à la personne, comme la culture clinique et le traitement donné, est soutenue par les données suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les cultures cliniques mettant l'accent sur le blâmer les autres plutôt que sur les soins collaboratifs, particulièrement les conflits et la peur - La fuite se le plus souvent tôt à l'admission, généralement en début de traitement, en début de relation thérapeutique - Le risque de fuite plus élevé pendant les transitions, les transferts, les changements de quart ainsi que les vendredis et fins de semaine
REGUIS (2018) France	Thèse de doctorat en médecine Université Grenoble Alpes Les sorties non autorisées en psychiatrie : étude au centre hospitalier Alpes Isère en 2016	Élevée	Patients adultes et mineurs hospitalisés sous contrainte en psychiatrie	Identification des facteurs de risque associés	<p>Facteurs associés à la fugue (profil du fugueur) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sociodémographique : jeune, homme - Condition psychiatrique : Dx les plus représentés appartiennent à la catégorie des schizophrénies, troubles schizotypiques ou délirants. Ils ont souvent une comorbidité addictive. - Antécédents: fugue <p>Profil de la fugue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temps : début d'hospitalisation, en soirée, la plupart du temps de courte durée. Dans la moitié des cas, il n'y a pas d'événement marquant la semaine précédente.

1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE PAYS	ORGANISATION TYPE DE DOCUMENT	CRÉDIBILITÉ	POPULATION	SUJET	RÉSULTATS/RECOMMANDATIONS
			<ul style="list-style-type: none"> • DI (dépendance) • TSA (dépendance) • Trouble SM (dépendance) 	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs de risque associés au UM • Outil/pratiques de dépistage du risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Identification de facteurs de risque (individuel, environnemental, systémique) • Détails d'un outil/pratique aidant au dépistage des risques d'ANA
WELLNESS BEHAVIORAL (2017) États-Unis	<i>Santa Barbara County Department of behavioral Wellness A system of Care and Recovery</i>	Faible	Santé mentale	Outil de dépistage permettant de déterminer le risque d'absence (fuites) chez un usager	<p>Faisabilité/Utilité du <i>Psychiatry Health Facility</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Outil composé de 6 questions avec deux choix de réponses « oui » ou « non »; - Échelle de notation des risques - Faible = 0-3; moyen = 4-6; élevé = 7 ou plus - Outil complété par un intervenant/professionnel de la santé - Un score total est inscrit à la fin de l'évaluation

Annexe IV : Questionnaire (sondage)

Sondage auprès des CISSS et CIUSSS du Québec pour connaître les pratiques et les outils utilisés pour identifier des usagers à risque de s'absenter (Usagers manquants)

Une démarche d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (ETMISSS) portant sur « L'identification des facteurs influençant le risque qu'un usager atteint d'une déficience intellectuelle, d'un trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble de santé mentale s'absente (usager manquant) » est en cours de réalisation au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Le terme « usager manquant » fait référence aux usagers qui quittent leur milieu d'hébergement sans autorisation et/ou qui ne réintègrent pas leur milieu d'hébergement au moment prévu. Dans le cadre de ce mandat, il est question de répertorier les pratiques et outils utilisés pour identifier les usagers à risque d'être manquants dans les milieux d'hébergement des CISSS et CIUSSS de la province. Les données obtenues permettront de dresser un portrait des pratiques utilisées au sein du réseau de la santé dans les établissements offrant des services à la clientèle DI-TSA et santé mentale. En répondant au présent sondage, vous contribuez à l'atteinte de cet objectif.

Identification du répondant : _____

Titre/fonction : _____

Établissement (CISSS/CIUSSS) : _____

Direction : _____

Date : _____

1. La problématique des « usagers manquants » est-elle présente au sein de votre établissement?

- Oui** (veuillez passer à la question suivante)
 Non (veuillez passer à la section commentaires/suggestions à la fin de ce sondage)

2. Comment nommez-vous cette problématique?

3. Quel est le nombre d'usagers reçus ou hébergés au sein de votre établissement durant la dernière année?

4. Quel est le nombre de situations d'usagers manquants signalées au cours de la dernière année dans votre établissement?

Population	<p>Selon vous, quel type de clientèle est le plus à risque de s'absenter?</p> <p><input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle avec ou sans dépendances</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme avec ou sans dépendances</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale avec ou sans dépendances</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>
Intervention	<p>Dans votre établissement, identifiez-vous des personnes à risque de s'absenter?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, à quel type d'outils avez-vous accès?</p> <p><input type="checkbox"/> Formulaire/questionnaire/échelle maison</p> <p><input type="checkbox"/> Outil validé/standardisé</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun</p> <p>SVP, nous faire parvenir une copie de ces outils à l'adresse suivante : jacky.ndjepel.ciussssc@ssss.gouv.qc.ca</p> <p>À quel type de professionnel revient la responsabilité d'identifier les personnes à risque de s'absenter?</p>
Outcomes (Résultats d'intérêt)	<p>Les outils de dépistage/repérage pourraient identifier les facteurs de risque suivants :</p> <p>> Individuels</p> <p><input type="checkbox"/> Données sociodémographiques (âge, sexe, diagnostic, comorbidité)</p> <p><input type="checkbox"/> Antécédents d'absence</p> <p><input type="checkbox"/> Intention délibérée de s'absenter ou de fuir</p> <p><input type="checkbox"/> Capacité d'adaptation (changement, perte, deuil)</p> <p><input type="checkbox"/> Dangerosité pour l'utilisateur lui-même ou autrui</p> <p>> Environnementaux</p> <p><input type="checkbox"/> Qualité du lien avec les intervenants/professionnels</p> <p><input type="checkbox"/> Satisfaction par rapport au milieu d'hébergement</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau d'intimité (chambre pour une personne ou partagée, lieu de retrait/isolement, surpopulation)</p> <p><input type="checkbox"/> Qualité de la communication</p> <p>> Systémiques</p> <p><input type="checkbox"/> Date de l'arrivée dans le milieu d'hébergement</p> <p><input type="checkbox"/> Hébergement volontaire ou ordonnance médicale ou détention légale</p> <p><input type="checkbox"/> Réglementation/organisation dans le nouveau milieu d'hébergement</p> <p><input type="checkbox"/> Réseau extérieur (maison, enfants, animaux, emploi, responsabilités domestiques, familiales ou professionnelles)</p> <p>> Autres :</p> <p>> Aucun</p> <p>Selon vous, quels facteurs sont les plus pertinents pour identifier les usagers à risque de s'absenter. Pourquoi?</p>
Temporalité	<p>Le cas échéant, à quel moment le dépistage/repérage se fait-il?</p> <p><input type="checkbox"/> Dès l'arrivée de l'utilisateur dans un nouveau milieu d'hébergement</p> <p><input type="checkbox"/> Lors de la révision du plan d'action/intervention</p> <p><input type="checkbox"/> Lorsqu'une absence se produit</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>
Setting (contexte)	<p><input type="checkbox"/> Milieu ouvert (ex. : RI, RTF, RAC)</p> <p><input type="checkbox"/> Milieu fermé (ex. : unité de traitement)</p>

Avez-vous des commentaires ou des suggestions supplémentaires à nous partager?

Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration!

BIBLIOGRAPHIE

- AWAARE Collaboration (2014). *Autism-related wandering | fact sheet for occupational therapy*. Document inédit.
- Beer, M. D., Muthukumaraswamy, A., Khan, A. A., & Musabbir, M. A. (2009). Clinical predictors and patterns of absconding in a low secure challenging behaviour mental health unit. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 5(2), 81-87. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1742646408001350>
- Behavioral Wellness (2017). Elopement Risk Assessment, *Psychiatric Health Facility (PHF)*. Santa Barbara Department of Wellness, United-States. Document inédit.
- Bowers, L., Jarrett, M., & Clark, N. (1998). Absconding: a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 5 5, 343-353.
- Bowers, L., Jarrett, M., Clark, N., Kiyimba, F., & McFarlane, L. (2000). Determinants of absconding by patients on acute psychiatric wards. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 644-649.
- Boyle, M. A., & Adamson, R. M. (2017). Systematic Review of Functional Analysis and Treatment of Elopement (2000-2015). *Behav Anal Pract*, 10(4), 375-385. doi: 10.1007/s40617-017-0191-y
- Braithwaite, E., Charette, Y., Crocker, A. & Reyes, A. (2010). The Predictive Validity of Clinical Ratings of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START), *International Journal of Forensic Mental Health*, 9:4, 271-281 doi: [10.1080/14999013.2010.534378](https://doi.org/10.1080/14999013.2010.534378)
- Bramer, W. M., Giustini, D., de Jonge, G. B., Holland, L., & Bekhuis, T. (2016). De-duplication of database search results for systematic reviews in EndNote. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 104(3), 240-243. doi: 10.3163/1536-5050.104.3.014
- Brickell, T., Nicholls, T., Procyshyn, R., McLean, C., Dempster, R., Lavoie, J., . . . Wang, E. (2009). La sécurité des patients et la santé mentale. *Edmonton, Alberta, Institut canadien pour la sécurité des patients et Association des hôpitaux de l'Ontario*.
- Brown, L. K. (2004). Assessing risk for elopement and breaches of conditional release in insanity acquittees. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(8-B), 3739.
- Brumbles, D., & Meister, A. (2013). Psychiatric elopement: using evidence to examine causative factors and preventative measures. *Arch Psychiatr Nurs*, 27(1), 3-9. doi: 10.1016/j.apnu.2012.07.002
- Cabarkapa, S., Sadhu, R., King, J., Dowling, N., Radhakrishnan, R., Akinbiyi, A., . . . Stevenson, D. (2020a). Absconding from Public Mental Health Inpatient Units - Who Does it, and why? *Psychiatric Quarterly*, 19, 19. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s11126-020-09788-5>
- Cabarkapa, S., Sadhu, R., King, J., Dowling, N., Radhakrishnan, R., Akinbiyi, A., . . . Stevenson, D. (2020b). Profiling Absconders from Public and Private Inpatient Psychiatric Units: a Comparative Analysis. *Psychiatric Quarterly*, 91(2), 299-307. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s11126-019-09703-7>
- Carr, V. J., Lewin, T. J., Sly, K. A., Conrad, A. M., Tirupati, S., Cohen, M., . . . Coombs, T. (2008). Adverse incidents in acute psychiatric inpatient units: rates, correlates and pressures. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(4), 267-282. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/00048670701881520> collaboration, A. (2014). *AUTISM-RELATED WANDERING | FACT SHEET FOR OCCUPATIONAL THERAPY*. United-States.
- Day, D. M., & Wanklyn, S. G. (2012). *Détermination et définition des principaux facteurs de risque du comportement antisocial et délinquant chez les enfants et les jeunes* : Centre national de prévention du crime, Sécurité publique Canada.
- Desrues, T. (2012). *Les fugues en psychiatrie : état des lieux au CHU de Nantes en 2011*. Thèse de doctorat en médecine, Université de Nantes.

- Dickens, G. L., & Campbell, J. (2001). Absconding of patients from an independent UK psychiatric hospital: a 3-year retrospective analysis of events and characteristics of absconders. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 8(6), 543-550.
- Donnelly, J., Kavanagh, A., & Donohue, G. (2020). Risky Business? A Year-Long Study of Adult Voluntary Admissions Who Leave Psychiatric in-Patient Care without Informing Staff. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(9), 840-845. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/01612840.2020.1725196>
- Douglas, k., Hart, S., Webster, C. Belfrage, H., Guy, L. & Wilson, C. (2014) Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20V3): Development and Overview, *International Journal of Forensic Mental Health*, 13:2, 93-108, doi: [10.1080/14999013.2014.906519](https://doi.org/10.1080/14999013.2014.906519)
- Emanuel LL, T. L., Hain A, Combes JR, Hatlie MJ, Karsh B, Lau DT, Shalowitz J, Shaw T, , & Walton M, e. (2013). *The Patient Safety Education Program – Canada (PSEP – Canada) Curriculum*. Canada and the Ontario Hospital Association (OHA. Canada).
- Gerace, A., Oster, C., Mosel, K., O’Kane, D., Ash, D., & Muir-Cochrane, E. (2015). Five-year review of absconding in three acute psychiatric inpatient wards in Australia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(1), 28-37. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/inm.12100>
- Gowda, G. S., Thamby, A., Basavaraju, V., Nataraja, R., Kumar, C. N., & Math, S. B. (2019). Prevalence and Clinical and Coercion Characteristics of Patients who Abscond during Inpatient Care from Psychiatric Hospital. *Indian journal of psychological medicine*, 41(2), 144-149. doi:10.4103/IJPSYM.IJPSYM_188_18
- Grotto, J., Gerace, A., O’Kane, D., Simpson, A., Oster, C., & Muir-Cochrane, E. (2015). Risk assessment and absconding: perceptions, understandings and responses of mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5-6), 855-865. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.12671>
- Haute autorité de santé - HAS. (2013). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique- État des lieux. Paris : HAS, *Service documentation – information des publics*, 8.
- INESSS. (2016). Liste d’évaluation et d’appréciation critique de la littérature grise « Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date et Significance » (AACODS).
- Institut national de santé publique du Québec – INSPQ (2016). La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence. INSPQ, 2016. 87p.
- Ivgi, D., Bauer, A., Khawaled, R., Rosca, P., Weiss, J. M., & Ponizovsky, A. M. (2015). Validation of the HCR-20 Scale for Assessing Risk of Violent Behavior in Israeli Psychiatric Inpatients. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 52(2), 121-127.
- Kang, M., Bushell, H., Lee, S., Berry, C., Hollander, Y., Rauchberger, I., & Whitecross, F. (2020). Exploring behaviours of concern including aggression, self-harm, sexual harm and absconding within an Australian inpatient mental health service. *Australasian Psychiatry*, 28(4), 394-400. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/1039856220926940>
- Kmet, L. M., Cook, L. S., & Lee, R. C. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.
- Lobè, C., Renaud, J., Fournier, M., Brassard, J., & Institut national d’excellence en santé et en services, s. (2017). *Élaboration et adaptation des guides de pratique*. Québec Qc : INESSS.
- McGowan, J., Sampson, M., Salzwedel, D. M., Cogo, E., Foerster, V., & Lefebvre, C. (2016). PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 75, 40-46. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.01.021>
- Menditto, A. A., Linhorst, D. M., Coleman, J. C., & Beck, N. C. (2006). The use of logistic regression to enhance risk assessment and decision making by mental health administrators. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(2), 213-224.

- Mosel, K., Ziaian, T., Gerace, A., & Muir-Cochrane, E. (2010). An exploration of absconding behaviours from culturally and linguistically diverse psychiatric hospital patients in Australia. *International Journal of Culture and Mental Health*, 3(2), 96-106. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17542863.2010.488324>
- Mosel, K. A., Gerace, A., & Muir-Cochrane, E. (2010). Retrospective analysis of absconding behaviour by acute care consumers in one psychiatric hospital campus in Australia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 177-185. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00660.x>
- Muir-Cochrane, E., & Geller, G. (2008). Absconding: A review of the literature 1996-2008. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 370-378. doi: 10.1111/j.1447-0349.2008.00562.x
- Muir-Cochrane, E., Mosel, K., Gerace, A., Esterman, A., & Bowers, L. (2011). The profile of absconding psychiatric inpatients in Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 706-713. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03553.x>
- Muir-Cochrane, E., Oster, C., Grotto, J., Gerace, A., & Jones, J. (2013). The inpatient psychiatric unit as both a safe and unsafe place: implications for absconding. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(4), 304-312. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00873.x>
- Organisation mondiale de la santé - OMS (2020). *Programmes de dépistage - guide succinct. Accroître l'efficacité et optimiser le rapport entre bénéfices et effets nocifs [Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm.]* OMS, Copenhagen
- O'Shea, L. E., & Dickens, G. L. (2014). Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): systematic review and meta-analysis. *Psychological Assessment*, 26(3), 990-1002. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/a0036794>
- O'Shea, L. E., & Dickens, G. L. (2015). Predictive validity of the START for unauthorised leave and substance abuse in a secure mental health setting: a pseudo-prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(5), 970-979. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.007>
- Reguis, M. (2018). *Les sorties non autorisées en psychiatrie : étude au centre hospitalier Alpes Isère en 2016*. Thèse de doctorat, Université de Grenoble Alpes. Repéré à <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01690534>
- Samson, D., & Schoelles, K. M. (2012). Developing the topic and structuring systematic reviews of medical tests: utility of PICOTS, analytic frameworks, decision trees, and other frameworks. *Methods Guide for Medical Test Reviews [Internet]*.
- Schöpfel, J. (2012). Vers une nouvelle définition de la littérature grise. *Cahiers de la Documentation*, 66(3), 14-24.
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., . . . Kristjansson, E. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of health care interventions, or both. *bmj*, 358.
- Voss, I. (2019). Containment is not the cure: Least restrictive approaches to the management of absconding. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 26(9-10), 287-288. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jpm.12561>
- Webster, C. D., Nicholls, T. L., Martin, M. L., Desmarais, S. L., & Brink, J. (2006). Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): The case for a new structured professional judgment scheme. *Behavioral sciences & the law*, 24(6), 747-766. <https://doi.org/10.1002/bsl.737>

UETMISSS

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
de la Capitale-Nationale



**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Québec

