



Mécanismes et interventions permettant d'éviter l'errance intrusive de résidents présentant des troubles neurocognitifs dans les centres d'hébergement collectifs

RAPPORT d'ETMI abrégée

Mars 2024

Responsabilité et déclaration de conflits d'intérêts

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 (UETMISSS) 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

Grenier, J. et St-Jacques, S. (2024). Mécanismes et interventions permettant d'éviter l'errance intrusive de résidents présentant des troubles neurocognitifs dans les centres d'hébergement collectifs – ETMI abrégée, UETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale, 85 p.

Remerciements

Nous remercions Bineta Ndiaye pour sa participation à la sélection des documents et à l'extraction des données. Nous remercions également Ève-Line Bussièrès, Ph. D., professeure régulière, département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et Jacky Ndjepel, Ph. D. (c), coordonnatrice professionnelle, UETMISSS, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale pour la relecture du document. Aussi, nous tenons à souligner la participation du CHSLD Le Faubourg qui a gracieusement fourni des photos de divers dispositifs présentés en annexe.

Production

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2024

Dépôt légal, 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-97271-6 (imprimé)

ISBN : 978-2-550-97272-3 (PDF)

Auteurs

Josée Grenier, professionnelle scientifique, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux (ETMISSS) et bibliothèque, Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale

Sylvie St-Jacques, Ph. D., responsable scientifique, Unité d'ETMISSS, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Gestionnaire du mandat

Isabelle Beaumier, M. Serv. soc., chef de service de l'Unité d'ETMISSS et de la bibliothèque, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Demandeuse

Marie-Josée Santerre, gestionnaire responsable de milieux de vie, CHSLD le Faubourg, Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA), CIUSSS de la Capitale-Nationale

Co-demandeuse

Alice Guilmain-Bilodeau, chef d'unité de vie en hébergement, DSAPA, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Recherche documentaire

Frédéric Roy, bibliothécaire, Service de l'ETMISSS et de la bibliothèque, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Marie-Marthe Gagnon (révision), bibliothécaire, Service de l'ETMISSS et de la bibliothèque, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Comité de suivi

Johanne Allaire, usagère partenaire

Vincent Bélanger, conseiller en bâtiment, CISSS de Chaudière-Appalaches

Guylaine Belzil, psychologue, coordonnatrice équipe ambulatoire SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence), CISSS de Chaudière-Appalaches

Line D'amours, coordonnatrice du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ)

Sarah Deschamps, gestionnaire, CHSLD De Chauffailles, CISSS du Bas-St-Laurent

Alice Guilmain-Bilodeau, chef d'unité de vie en hébergement, DSAPA, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Noémie Robert, ergothérapeute, centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ)

Marie-Josée Santerre, gestionnaire responsable de milieux de vie, CHSLD le Faubourg, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Anne-Sophie Tremblay, conseillère cadre de l'offre de service Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), DSAPA, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Anne-Sophie Van Nieuwhuyse, conseillère en milieu de vie SAPA-hébergement, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Jessica Viens-Roberge, conseillère cadre milieu de vie SAPA-hébergement, hébergement secteur Centre-Nord, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Conseil scientifique

Sylvie Rey, infirmière Ph. D. et professeure suppléante, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

Jean Damasse, agent de planification, programmation et de recherche, Direction des programmes de Santé mentale, Dépendance et Itinérance (DSMDI), CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Mise en page

Marie-Josée Pageau, technicienne en administration, Service de l'ETMISSS et de la bibliothèque, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Révision linguistique

Catherine Germain Perron, agente administrative, Service du transfert des connaissances et du rayonnement, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Conception graphique

Karine Binette, technicienne en arts graphiques, Service du transfert des connaissances et du rayonnement, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Correspondance

Isabelle Beaumier, chef de Service de l'ETMISSS et de la bibliothèque, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale, isabelle.beaumier.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

RÉSUMÉ

Contexte

La direction de l'établissement du CHSLD Le Faubourg a déjà exploré, à la demande des familles ou de certains résidents, plusieurs pistes de solutions afin de pallier l'errance intrusive de sa clientèle vivant avec un trouble neurocognitif (TNC) dans les lieux privés, tels que les chambres des autres résidents et autres lieux à usage réservé, avec des résultats mitigés. Dans ce contexte, l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux (UETMISSS) du CIUSSS de la Capitale-Nationale a été mandatée afin de mettre à jour toute donnée probante qui concerne des interventions ou des mécanismes (mécaniques, physiques, environnementaux ou électroniques) efficaces et sécuritaires permettant de contrôler l'errance intrusive afin de déterminer les meilleures approches à adopter pour la clientèle TNC.

Objectif

L'objectif de cette évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) est de répondre à la question suivante : « Quels mécanismes ou interventions permettent d'éviter l'errance intrusive de résidents présentant un TNC et vivant en centres d'hébergement collectifs ? ».

Méthodologie

Une revue de la littérature utilisant une méthode systématique a été réalisée avec l'objectif de rassembler, d'évaluer, de synthétiser et d'analyser les données scientifiques pertinentes au sujet. De plus, des données expérientielles ont été recueillies par la réalisation d'entrevues semi-dirigées auprès de participants de différents centres d'hébergement au Québec.

Résultats

La recherche documentaire a permis de repérer 4 659 documents, desquels 12 ont été retenus, soit neuf études primaires et trois documents de littérature grise. Les données, issues de ces documents et des données expérientielles obtenues auprès de 26 professionnels et gestionnaires provenant de 26 établissements, ont été triangulées. L'analyse de l'ensemble des données a permis d'effectuer une mise à jour des dispositifs utilisés afin de diminuer l'errance intrusive dans les centres d'hébergement collectifs et de rapporter deux éléments organisationnels en lien avec la gestion de ce comportement.

Constats

L'hétérogénéité des résultats de cette ETMISSS n'a pas permis d'évaluer un niveau de preuve scientifique en lien avec les dispositifs identifiés dans la littérature. Par conséquent, les constats présentés ici sont basés sur la qualité méthodologique des études scientifiques, la crédibilité des documents de littérature grise et les données expérientielles recueillies.

- **Efficacité des dispositifs répertoriés**

Plusieurs dispositifs ont été identifiés dans la littérature et dans les données expérientielles. Cependant, rares sont les études cliniques qui ont évalué l'efficacité de ces derniers sur l'errance intrusive dans les centres d'hébergement collectifs.

- **Sécurité des dispositifs répertoriés**

Aucune publication dans la littérature ne fournit d'évidence sur l'aspect sécuritaire des dispositifs ou des interventions identifiés. Un dispositif ou une intervention comporte toujours un certain risque et une utilisation prudente doit être faite comme le précise les participants ayant répondu au questionnaire et qui ont retiré ou cessé d'utiliser certains dispositifs jugés non sécuritaires.

- **Aspects organisationnels liés au contrôle de l'errance**

Certaines études et les données expérientielles ont identifié le ratio personnel/résident et la formation du personnel comme des aspects organisationnels importants en lien avec le contrôle de l'errance.

L'importance du ratio personnel/usager a été relevée à la fois dans la littérature et les données expérientielles. Les études retenues recommandent la révision des ratios du personnel soignant afin de superviser, d'intervenir plus rapidement, de mieux diriger et d'encadrer les résidents ayant des besoins plus complexes.

Les auteurs de ces études recommandent l'éducation et la formation des employés sur la gestion des incidents, incluant le rapport de ces événements de façon uniforme. Ces auteurs suggèrent de mettre l'accent sur l'éducation du personnel afin de connaître les habitudes d'errance des résidents et ainsi faciliter l'évaluation et la gestion des intrusions.

Conclusion

Les caractéristiques et les causes de l'errance peuvent être idiosyncrasiques ainsi que les stratégies pour la gestion de ce comportement. Une seule approche ne semble pas convenir à tous les résidents de façon équivalente. Des études cliniques, réalisées auprès d'un nombre de participants représentatif et utilisant des méthodes standardisées, pourraient permettre de statuer sur la sécurité et l'efficacité de divers dispositifs, et les interventions visant à contrer l'errance intrusive.

TABLE DES MATIÈRES

1. Contexte	14
2. Problématique	15
2.1 Troubles neurocognitifs dans la population	15
2.2 Troubles neurocognitifs et errance	15
2.3 Errance	15
2.4 L'errance en centres d'hébergement	16
2.5 Gestion de l'errance	16
3. Méthodologie	18
3.1 Question décisionnelle	18
3.2 Critères PICOTS	18
3.3 Question d'ETMI et questions d'évaluation	19
3.3.1 La question d'ETMI formulée à partir des critères PICOTS est la suivante :	19
3.3.2 Questions d'évaluation	19
3.4 Recherche documentaire	19
3.4.1 Recherche dans les bases de données bibliographiques	20
3.4.2 Recherche de la littérature grise	20
3.4.3 Sélection des documents	20
3.4.4 Qualité méthodologique des documents	22
3.5 Extraction des données	22
3.6 Cueillette de données expérientielles	23
3.7 Synthèse et analyse des données	23
4. Résultats	24
4.1 Sélection des documents	24
4.2 Caractéristiques des documents retenus	25
4.3 Synthèse narrative des résultats issus de la littérature	26
4.3.1 Lieux et dénombrement des intrusions	26
4.3.2 Dispositifs mécaniques et physiques	27
4.3.3 Interventions ou dispositifs environnementaux	28
4.3.4 Dispositifs électroniques	30
4.3.5 Éléments organisationnels (ratio et formation)	32
4.4 Synthèse narrative des données expérientielles	33
4.4.1 Recrutement des participants	33
4.4.2 Questionnaire et entrevues semi-dirigées	34
4.4.3 Ratio des troubles neurocognitifs et des intrusions perçues dans les centres d'hébergement	35
4.4.4 Motivations à utiliser différents dispositifs de gestion de l'errance	36
4.4.5 Répertoire des dispositifs mécaniques, physiques, environnementaux ou électroniques utilisés	36
4.4.6 Dispositifs remis en question	41
4.4.7 Perception de l'efficacité et de la sécurité des dispositifs utilisés	42
4.4.8 Compilation des données	43
4.4.9 Éléments organisationnels	44
4.4.10 Autres résultats : Activités occupationnelles et sensorielles	46
5. Synthèse et analyse	47
5.1 Données issues de la littérature	47
5.2 Données expérientielles	49

5.3 Triangulation des données	51
5.3.1 Dispositifs physiques et mécaniques	51
5.3.2 Interventions et dispositifs environnementaux	51
5.3.3 Dispositifs électroniques	52
5.3.4 Perceptions des participants concernant l'aspect organisationnel	53
6. Discussion	54
6.1 Forces et limites	57
7. Constats	58
7.1 Efficacité des dispositifs répertoriés	58
7.2 Sécurité des dispositifs répertoriés	58
7.3 Aspects organisationnels liés au contrôle de l'errance	58
8. Conclusion	59

Références bibliographiques.....60

Liste des tableaux

Tableau 1 : Définition des critères PICOTS et des critères de sélection..... 18

Tableau 2 : Dimensions évaluées et sources de données 19

Tableau 3 : Critères additionnels de sélection des documents 21

Tableau 4 : Caractéristiques des études de littérature scientifique retenues 25

Tableau 5 : Caractéristiques des études de littérature grise retenues 26

Tableau 6 : Interventions ou dispositifs physiques, mécaniques, environnementaux et électroniques utilisés dans 26 centres d'hébergements interrogés 37

Tableau 7 : Interventions ou dispositifs physiques, mécaniques, environnementaux et électroniques utilisés afin de diminuer l'errance intrusive repérés dans la littérature 48

Tableau 8 : Interventions ou dispositifs physiques, mécaniques, environnementaux et électroniques utilisés afin de diminuer l'errance intrusive dans les centres d'hébergement participants 50

Liste des figures

Figure 1 : Schéma de sélection PRISMA 24

Figure 2 : Patrons d'errance 28

Figure 3 : Dispositifs environnementaux 29

Liste des encadrés

Encadré 1 : Méthode de sélection des documents 22

Encadré 2 : Méthode d'extraction des données 23

Liste des graphiques

Graphique 1 : Nombre de centres d'hébergement recrutés par région administrative 33

Graphique 2 : Types d'établissements participants..... 34

Graphique 3 : Composition des participants aux entrevues semi-dirigées 34

Graphique 4 : Résidents vivants avec un TNC (en %) et intrusions dans les chambres selon le personnel des établissements interrogés..... 35

Graphique 5 : Motifs de la mise en œuvre de stratégies anti-intrusives dans les lieux privés 36

Graphique 6 : Interventions ou dispositifs remis en question 41

Graphique 7 : Perception de l'efficacité et de la sécurité des dispositifs utilisés en centres d'hébergement..... 42

Graphique 8 : Compilation de données liées aux dispositifs anti-intrusifs ou aux incidents entre résidents 43

Graphique 9 : Perception concernant le ratio personnel/résident 45

Graphique 10 : Perception d'une formation suffisante sur les interventions ou dispositifs utilisés 45

Graphique 11 : Thérapies occupationnelles et sensorielles utilisées dans les centres d'hébergement au Québec..... 46



LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

AACODS	<i>Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date, Significance</i>
AGREE II	<i>Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument II</i>
CADTH	<i>Canadian Agency for Drugs & Technologies in Health</i>
CEVQ	Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIUSSS	Centre intégré universitaire en santé et services sociaux
DEAU	Direction de l'enseignement et des affaires universitaires
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual</i>
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
ETMISSS	ETMI en santé et services sociaux
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PICOTS	Population – Intervention – Comparateur – <i>Outcomes</i> – Temporalité – Site
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
TNC	Trouble neurocognitif
TNCM	Trouble neurocognitif majeur
UETMISSS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux

GLOSSAIRE

Agnosie :

L'agnosie se caractérise par une incapacité à identifier un objet en utilisant au moins l'un de ses cinq sens (Huang, 2021).

Contention

Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap (MSSS, 2002)

Errance

Symptôme comportemental [...] qui se traduit par une déambulation ou une locomotion répétitive et aléatoire sans but apparent ou rationnel pour l'observateur [...] (Rey et Imbeault, 2021).

Errance intrusive ou invasive

L'errance peut parfois aller jusqu'à mener la personne à entrer dans une chambre qui n'est pas la sienne sans qu'elle s'en rende compte (errance intrusive).

https://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/cisss_laval/Soins_et_services/Geriatrie_-_PRAG/Errance.pdf

Isolement

Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement (MSSS, 2002).

Mesures alternatives ou de remplacement

Stratégies d'interventions simples ou complexes faisant appel aux compétences et à la créativité des intervenants et qui permettent d'éviter de recourir à la contention ou à l'isolement. Ces mesures peuvent viser à prévenir, à éliminer ou à réduire les causes des réactions et comportements de la personne qui interfèrent avec sa sécurité ou celle d'autrui (MSSS, 2002).

Troubles neurocognitifs

Terme générique utilisé pour décrire un ensemble de symptômes qui comprennent les pertes de mémoire, les changements d'humeur ainsi que des problèmes de réflexion, de résolution de problèmes et d'élocution. Les troubles neurocognitifs se manifestent lorsque le cerveau est endommagé par des maladies ou une série d'accidents vasculaires cérébraux. Plusieurs maladies peuvent les provoquer, la maladie d'Alzheimer étant la plus répandue (Société Alzheimer du Canada, 2021).

Troubles neurocognitifs majeurs

Le trouble neurocognitif majeur (TNCM) remplace le terme démence dans le DSM-5 depuis 2015. Il est caractérisé par un déclin cognitif qui compromet l'indépendance de la personne. Les symptômes varient selon les types de TNCM dont le plus fréquent est la maladie d'Alzheimer. À la différence d'un TNCM, le trouble neurocognitif léger ne compromet pas l'indépendance de la personne. <http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2015-08-17/criteres-diagnostiques-demence-trouble-neurocognitif-majeur>

Unité de soins prothétique

Unité fermée où se retrouve un nombre restreint de résidents à l'intérieur même du centre d'hébergement. Son approche vise à assurer un environnement adapté, calme et sécuritaire et favorisant la circulation libre des résidents (CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2019).

1. Contexte

Depuis quelques décennies, la littérature fait état de diverses stratégies et approches pour les résidents en centres d'hébergement collectifs présentant de l'errance (Société Alzheimer du Canada, 2011). L'errance intrusive (aussi appelée errance invasive ou transgression des limites) peut amener une personne à entrer dans un lieu privé et représente un défi de taille dans la gestion du bien-être et de la sécurité des résidents.

Certains résidents réagissent mal aux intrusions d'autres résidents dans leurs chambres situées dans une unité spécialisée pour les personnes atteintes de troubles cognitifs sévères au CHSLD Le Faubourg du Centre intégré universitaire en santé et services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale. Conséquemment, des familles des résidents victimes de ces intrusions demandent que des mesures soient mises en place pour éviter ce phénomène.

La direction de l'établissement du CHSLD Le Faubourg a déjà exploré plusieurs pistes de solutions telles que des portes personnalisées, des rideaux, des systèmes infrarouges et des demi-portes, avec des résultats mitigés. De plus, l'utilisation de demi-portes n'est pas recommandée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2006). C'est dans ce contexte que la direction de l'établissement du CHSLD Le Faubourg a mandaté l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux (UETMISSS) du CIUSSS de la Capitale-Nationale afin de connaître l'état des données probantes en ce qui concerne des dispositifs (mécaniques, physiques, environnementaux ou électroniques) efficaces et sécuritaires, ou des interventions visant à contrer l'errance intrusive dans les chambres d'autres résidents afin de déterminer les meilleures approches à adopter pour sa clientèle.

2. Problématique

2.1 Troubles neurocognitifs dans la population

Les troubles neurodégénératifs deviennent de plus en plus prévalents dans la population vieillissante au Québec, au Canada et à l'échelle mondiale. Il y a une dizaine d'années, la population canadienne comptait 118 043 personnes vivant avec le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) dans les établissements de soins de longue durée agréés par le MSSS (Statistique Canada, 2013). Selon un rapport de la Société Alzheimer du Canada (2022) un million de Canadiens vivront avec un trouble neurocognitif (TNC) d'ici 2030. Au Québec, cela représente une augmentation de 145 %.

2.2 Troubles neurocognitifs et errance

L'errance fait partie des symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence (SCPD) ou aux TNCM. Il s'agit d'un comportement fréquent chez la population ayant des TNCM tels que la maladie d'Alzheimer et d'autres conditions apparentées. Ce comportement peut survenir à tout moment durant l'évolution de la maladie. Bien que certains aspects de l'errance soient bénéfiques pour les résidents, du fait qu'il favorise la marche et la socialisation (Adekoya et Guse, 2019), d'autres sont néfastes, tels que la perte de poids (Beattie, Algase, et Song, 2004), la fatigue, les troubles du sommeil (Nelson et Algase, 2007), les blessures par chute, la violence entre résidents (Cutler et Kane, 2002; Rapp et Gutzmann, 2000), les disparitions ou même le décès (Altus *et al.*, 2000; Aud, 2004). On ne peut passer outre les conséquences reliées aux difficultés d'orientation temporelle et spatiale présentes chez la personne vivant avec un TNCM, qui peuvent mener la personne à s'introduire dans un espace non autorisé ou dangereux (MacAndrew *et al.*, 2017).

2.3 Errance

Il existe plusieurs définitions de l'errance dans la littérature. Selon Rey et Imbeault (2021), l'errance est un symptôme comportemental découlant d'une atteinte des fonctions cognitives qui survient la plupart du temps, mais non exclusivement, dans le contexte d'un TNCM. Elle se traduit par une déambulation ou une locomotion répétitive et aléatoire sans but apparent ou rationnel pour l'observateur. Au cours de ce déplacement, la personne ne semble pas se préoccuper de ses besoins physiques ou de sa sécurité. La déambulation est fréquemment incongrue, comme si les règles, les limites ou les obstacles n'existaient pas. L'errance, diurne ou nocturne, s'effectue par la marche avec ou sans moyen auxiliaire (déambulateur ou canne), ou au moyen d'un fauteuil roulant et peut être ponctuée de périodes de non-locomotion. Par ailleurs, une autre définition est proposée par Graham (2017) qui remplace le terme « errance » par la phrase « personne qui aime marcher » afin de démedicaliser ce comportement et voir ce phénomène comme une intention de vivre plutôt qu'un comportement de détérioration et de maladie. Du point de vue de résidents vivant avec un TNCM léger à modéré, cette errance est vue comme une activité bénéfique comportant certains buts en raison de besoins non comblés (Adekoya et Guse, 2019).

Les causes de l'errance sont multiples. Une étude de Gibson *et al.* (2004) relate la recherche d'un contact social (suivre les employés, chercher un résident à qui parler), avoir des objectifs précis (demander de l'argent, demander où sont les salles de bains) ou la confusion (être perdu). Se sentir utile (Graham, 2017) et la recherche d'un animal (Adekoya, 2021) sont des raisons aussi mentionnées.

2.4 L'errance en centres d'hébergement

L'errance fait partie des caractéristiques comportementales rencontrées chez les résidents vivant en centres d'hébergement. Strubel et Corti (2008) ont identifié différents types d'errance chez les résidents atteints de démence dont l'errance exploratoire et compulsive, de recherche, d'éloignement, de turbulence nocturne et de talonnage. Tous ces comportements peuvent mener la personne à faire de l'errance intrusive et entrer dans les chambres d'autres résidents et les locaux à usage réservés, et devenir problématique pour la vie privée ou la sécurité du résident qui subit l'intrusion, mais aussi pour la personne qui erre et qui peut être confrontée à des injures, de la violence physique, de la détresse ou de la confusion.

Il importe de souligner l'importance d'une évaluation clinique en regard des besoins de la personne errante ou de la personne qui subit l'intrusion afin de satisfaire ses besoins biologiques, psychologiques, sociaux et spirituels puisque ce comportement est relatif à des besoins sous-jacents non comblés (Rey et Imbeault, 2021). D'une part, le personnel soignant peut vivre de la frustration s'il ne réussit pas à satisfaire les besoins de la personne errante. D'autre part, la famille d'une personne errante peut vivre de l'anxiété, de la honte ou même subir un fardeau financier si certains items perdus ou volés doivent être remplacés (MacAndrew, 2014).

2.5 Gestion de l'errance

Certains CHSLD offrent des unités de soins prothétiques ou des micromilieus pour les résidents atteints de TNCM et tentent d'adapter des méthodes et des interventions en lien avec les caractéristiques et les besoins des résidents présentant de l'errance. Différentes approches sont apparues dans les dernières décennies telles que les « villages Alzheimer » aux Pays-Bas et au Canada, les *Green House* aux États-Unis, les *Green Care Farms* aux Pays-Bas, en France et en Norvège (CADTH, 2019). Dans plusieurs centres, le libre déplacement des résidents dans les espaces qui leur sont dédiés dans leur milieu de vie est de mise (Voyer et Allaire, 2020). Cependant, selon la sévérité de l'atteinte neurocognitive, la nature, la perception et les conséquences de l'errance, les interventions peuvent nécessiter un processus multifactoriel complexe (Agrawal *et al.*, 2021; MacAndrew *et al.*, 2015).

Des aspects incontournables de la gestion de l'errance sont répertoriés dans la littérature. Agrawal *et al.*, (2021) mettent l'accent sur les causes, les risques et la prévention. Certaines difficultés d'orientation ont été mises en lumière afin de proposer certaines pistes de solution (Caspi, 2014). La problématique de gestion de l'errance est accentuée par le syndrome crépusculaire, aussi appelé syndrome du coucher du soleil. Ce syndrome touche la population vivant avec un TNCM et amplifie certains comportements associés aux SCPD dont l'errance durant la fin de l'après-midi, le soir et la nuit (Khachiyants *et al.*, 2011).

Dans une étude de Rey, Voyer et Juneau (2016), des interventions planifiées non pharmacologiques, telles que des thérapies sensorielles, récréatives ou des exercices physiques ont entraîné une réduction des symptômes neuropsychiatriques dans 92 % d'un échantillon de résidents atteints de TNCM. On y démontre également l'importance de la formation du personnel soignant et de l'identification des causes de la survenue de ces symptômes et comportements réactifs associés aux TNCM.

L'éducation des familles, les activités artistiques, la compréhension de l'histoire de vie du résident et l'organisation environnementale des milieux de vie sont également d'autres aspects importants de la prévention et de la gestion de l'errance (Tilly, 2015). Dans une revue publiée par Gu *et al.* (2015), différentes interventions et certaines caractéristiques organisationnelles visant à prévenir l'errance sont analysées. Malgré le grand nombre d'interventions, l'auteur mentionne l'absence de stratégies de gestion systématique.

Quelques dispositifs mécaniques, physiques, environnementaux et électroniques tentent de répondre à cette situation afin d'assurer la sécurité et la réponse aux besoins des résidents. Sauer (2018) énumère une dizaine de dispositifs d'aide à la localisation. Selon Vuong *et al.* (2015), les technologies *geofence* sont matures et stables alors que d'autres technologies ont besoin d'études pour être validées. Aussi, selon Cheung *et al.* (2022), un système composé de senseurs et d'algorithmes reliés à un message d'alarme envoyé au bureau ou sur le téléphone mobile du personnel soignant serait efficace pour détecter un certain type d'errance. Enfin, les résultats de MacAndrew *et al.* (2017) sur les caractéristiques des épisodes d'intrusion mettent en évidence, une fois de plus, l'importance de la recherche d'interventions visant la gestion de ce problème de plus en plus fréquent.

Objectif de l'ETMISSS

Cette ETMISSS a pour objectif d'identifier et d'analyser des données probantes qui concernent des dispositifs ou mécanismes (physiques, mécaniques, environnementaux ou électroniques) efficaces et sécuritaires ou des interventions afin de contrer l'errance intrusive dans des lieux privés, dont les chambres d'autres résidents ou dans des endroits réservés.

3. Méthodologie

3.1 Question décisionnelle

Comment empêcher l'errance intrusive des résidents avec des troubles neurocognitifs dans les chambres d'autres résidents ou dans des lieux à usage réservé ?

3.2 Critères PICOTS

L'outil mnémotechnique PICOTS (Samson et Schoelles, 2012) aide à circonscrire la question d'ETMI en fonction des besoins décisionnels du demandeur. Il permet la formulation de questions d'évaluation claires, d'aide à la définition de la stratégie de recherche documentaire et à la définition des critères de sélection des études (tableau 1).

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

CRITÈRES	INCLUSION	EXCLUSION
Population	Adultes (≥18 ans) ou aînés (≥ 65 ans) avec des troubles neurocognitifs (TNC) et présentant de l'errance intrusive	Adultes ou aînés avec TNC présentant de l'errance évasive (fugue)
Intervention	Mécanismes (dispositifs physiques, mécaniques, environnementaux ou électroniques) ou interventions visant à contrer l'errance et les intrusions	Mécanismes ou interventions en lien avec l'errance évasive (fugue)
Comparateur	Absence de mécanisme ou d'intervention de contrôle de l'errance Ou Avant la mise en place des mécanismes ou des interventions Ou Aucun comparateur	
Outcomes (résultats d'intérêt)	Efficacité (diminution, augmentation, aucun changement de l'errance ou de l'intrusion) Sécurité/innocuité (blessures, événements indésirables) Autres résultats pertinents (organisation des services, ratio personnel/résident, formation du personnel)	Absence de description des mécanismes ou des interventions visant à contrer ou prévenir l'errance
Temporalité	Après intervention ou mise en place de mécanismes	
Setting (Milieu)	Centre d'hébergement collectif (CHSLD, résidence intermédiaire [RI], milieux de vie spécialisés, hôpitaux avec unités de soins spécialisés)	Résidences familiales et autres types d'habitation dans la communauté

3.3 Question d'ETMI et questions d'évaluation

3.3.1 La question d'ETMI formulée à partir des critères PICOTS est la suivante :

Quels mécanismes ou interventions permettent d'éviter l'errance intrusive de résidents présentant un TNC en centres d'hébergement collectif ?

3.3.2 Questions d'évaluation

Les questions d'évaluation découlant de la question d'ETMI sont présentées dans le **tableau 2**. Dans le cadre de cette ETMI, les dimensions professionnelle/organisationnelle, d'efficacité et de sécurité/d'innocuité seront abordées. Les dimensions sociale et économique, d'efficience, d'éthique, de légalité ne seront pas abordées. Les données permettant de répondre aux questions d'évaluation proviennent, dans un premier temps, d'une revue de la littérature utilisant une méthode systématique et, dans un deuxième temps, des données recueillies auprès de différents centres d'hébergement collectifs à l'aide de questionnaires et d'entrevues semi-dirigées.

Tableau 2 : Dimensions évaluées et sources de données

QUESTION D'ÉVALUATION	DIMENSIONS	SOURCES DE DONNÉES
Quelle est l'efficacité des mécanismes et interventions visant à éviter l'errance intrusive de résidents présentant un trouble neurocognitif ?	Efficacité	Revue systématique de la littérature scientifique
Les mécanismes et interventions efficaces permettant d'éviter l'errance intrusive sont-ils sécuritaires pour les résidents ?	Sécurité/Innocuité	Collecte de données expérientielles (entrevues semi-dirigées, questionnaire)
Quels sont les aspects professionnels et organisationnels reliés au contrôle de l'errance intrusive ?	Professionnelle/Organisationnelle	

3.4 Recherche documentaire

La recherche documentaire a été effectuée en collaboration avec un bibliothécaire spécialisé dans la réalisation de revues systématiques de la littérature. L'ensemble du processus et les détails s'y rapportant sont documentés dans un rapport rédigé par le bibliothécaire, lequel est disponible sur demande. La stratégie de recherche documentaire a été élaborée à partir d'une liste de concepts, de mots-clés en anglais et en français dont certains ont été identifiés lors de la recherche exploratoire de la littérature. La période de publication couverte dans cette ETMI est de janvier 2010 à février 2023 et une mise à jour de la littérature scientifique a été effectuée le 8 février 2024.

3.4.1 Recherche dans les bases de données bibliographiques

Les stratégies de recherche documentaire utilisées pour interroger les bases de données bibliographiques *CINHAL* (EBSCO), *Medline* (OVID) et *PsychINFO* (OVID) sont disponibles à l'**annexe I**. Les bibliographies des publications retenues ont été consultées afin de trouver des études pertinentes qui n'auraient pas été repérées par la stratégie de recherche documentaire.

3.4.2 Recherche de la littérature grise

La recherche de la littérature grise a été réalisée à l'aide du moteur de recherche *Google* et dans des sites Internet de diverses organisations susceptibles de fournir des données relatives au sujet d'intérêt (**annexe II**). Différentes stratégies de recherche ont été élaborées à partir de celles utilisées dans les bases de données bibliographiques et en fonction des sites consultés. La recherche de la littérature grise s'est déroulée du 25 avril au 19 mai 2023. Les bibliographies des documents retenus ont aussi été consultées. Les mots-clés utilisés, les dates de consultation ainsi que les résultats de chacune des recherches ont été consignés et sont disponibles sur demande.

3.4.3 Sélection 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 du PICOTS (**tableau 1**) et d'autres spécifications concernant le type de publication, la langue et le pays (**tableau 3**). La méthode de sélection des documents est décrite dans l'**encadré 1**. Les résultats provenant des revues systématiques, incluant les méta-analyses ont été exclus, mais les études primaires, qui y sont incluses et qui répondent aux questions d'évaluation et qui n'ont pas été repérées par la recherche documentaire, sont retenues.

Tableau 3 : Critères additionnels de sélection des documents

CRITÈRES	INCLUSION	EXCLUSION
Type de publication	Études primaires (aucun devis exclu) Rapports d'ETMI Guides de pratique clinique Rapports gouvernementaux ou d'organisations savantes (pratiques exemplaires) Mémoires de maîtrise/thèses de doctorat Chapitres de livres	Revue de littérature Revue systématique, incluant les méta-analyses Résumés de conférences Livres Lettres, textes d'opinion Notes Actes de congrès Éditoriaux
Langues de publication	Français, anglais	
Pays de publication	Pays membres de l'OCDE	
Période de publication	Janvier 2010 à février 2023 (mise à jour 8 février 2024)	

Encadré 1 : Méthode de sélection des documents

Phase 1 - Lecture des titres et résumés

Phase 2 - Lecture complète des documents retenus à la phase 1 (motifs d'exclusion documentés) :

- Deux professionnelles en ETMI se partagent la sélection;
- Fidélité interjuge pour 10 % des premiers titres (phases 1 et 2);
- Désaccords résolus par consensus ou avec la responsable scientifique;
- Résultats rapportés dans un diagramme de flux PRISMA.

Extraction des données* :

- Deux professionnels en ETMI se partagent l'extraction des données;
- Fidélité interjuge pour les cinq premiers documents;
- Recours à une grille structurée incluant, notamment :
 - Premier auteur, année de publication, pays où l'étude a été réalisée;
 - Devis de recherche, type, nombre et caractéristiques des participants;
 - Description de l'intervention (objectif, durée, intensité, etc.) et comparateur;
 - Résultats d'intérêt.

*Les études faisant l'objet de plusieurs publications seront regroupées et considérées comme une seule étude. Si les mêmes résultats font l'objet de plusieurs publications, la plus récente sera considérée.

Une seule professionnelle a extrait les données de la littérature grise.

3.4.4 Qualité méthodologique des documents

La qualité méthodologique des études primaires retenues a été établie à l'aide de l'outil *QualSyst* (Kmet, Cook et Lee, 2004). Les études ayant un score $\geq 80\%$ sont considérées de qualité élevée, celles ayant un score se situant de 70 à 79 % sont de bonne qualité, celles ayant un score de 50 à 69 % sont considérées de qualité adéquate et celle dont le score est $< 50\%$ sont considérées de faible qualité méthodologique (Cordier et al., 2023). Quant aux documents de la littérature grise, leur crédibilité a été déterminée sur la base de l'outil d'évaluation et d'appréciation critique de la littérature grise AACODS (*Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date and Significance*) (Tyndall, 2010) adopté par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS, 2017). La crédibilité des documents de littérature grise a été évaluée selon trois critères : faible, modérée, élevée, selon l'échelle AACODS (INESSS, 2017).

3.5 Extraction des données

La méthode utilisée pour l'extraction des données est décrite dans l'**encadré 2** et les extractions disponibles à l'**annexe III**. La sélection et l'analyse de la littérature grise ont été effectuées par une seule professionnelle.

Encadré 2 : Méthode d'extraction des données

- Deux professionnels en ETMI se partagent l'extraction des données;
- Fidélité interjuge pour les cinq premiers documents, selon l'ordre alphabétique du premier auteur;
- Recours à une grille structurée incluant, notamment :
 - Premier auteur, année de publication, pays où l'étude a été réalisée;
 - Devis de recherche, type, nombre et caractéristique des participants;
 - Descriptions de l'intervention (objectif, durée, intensité, etc.) et comparateur;
 - Résultats d'intérêt.

3.6 Cueillette de données expérientielles

Dans un premier temps, un questionnaire (**annexe IV**) a été distribué aux participants par courriel, puis rempli à l'aide d'entrevues semi-dirigées de janvier à mars 2023. Le questionnaire comprend neuf questions à choix de réponses multiples, cinq questions à court développement et une section réservée aux commentaires. Les questions portaient sur les caractéristiques des dispositifs utilisés dans les centres d'hébergement, les raisons de l'utilisation ou de l'abandon de certaines interventions ou dispositifs, les perceptions des participants sur l'efficacité et la sécurité des dispositifs, sur la formation et les ratios de personnel, ainsi que sur la façon dont les dispositifs et les interventions sont documentés.

Le questionnaire avait pour objectif de brosser un portrait des pratiques utilisées afin de contrer ou de diminuer les intrusions dans les chambres des résidents ou les autres lieux privés des centres d'hébergement, et d'examiner l'efficacité, la sécurité et certains aspects organisationnels pour des fins de comparaison avec la littérature. Une question sur les thérapies occupationnelles a également été posée.

Les données expérientielles ont été regroupées par question ou par thème dans une base de données *Excel*.

3.7 Synthèse et analyse des données

Les résultats d'intérêts ont été organisés selon les catégories de dispositifs. D'une part, les dispositifs ou interventions ont été répartis en quatre catégories : physique, mécanique, environnementale ou électronique. À cela se sont ajoutés les résultats en lien avec des aspects professionnels et organisationnels. Les résultats sont d'abord présentés sous forme de synthèse narrative. Des figures et tableaux sont utilisés pour illustrer et résumer l'ensemble des données expérientielles.

Pour l'analyse des données, les interventions, les dispositifs ou les mécanismes ont été comparés afin d'identifier les similarités et les regrouper. Le nombre d'études, la pertinence du devis utilisé pour répondre à la question de recherche et la qualité méthodologique des études ont été pris en considération. L'analyse et la triangulation des données issues de la littérature et des données expérientielles permettent de formuler des constats relatifs aux éléments considérés.

4. Résultats

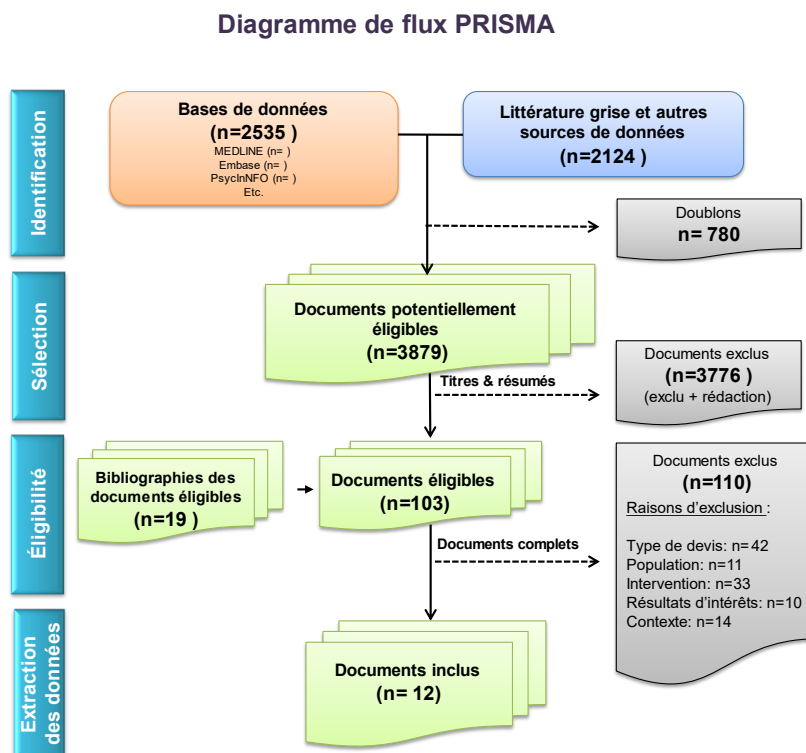
Cette section présente les résultats obtenus dans le cadre de cette démarche d'ETMI abrégée. Dans un premier temps, il est question de la sélection et des caractéristiques des documents retenus, du suivi de la synthèse narrative des résultats de la littérature, puis de la synthèse des résultats de l'enquête présentés à l'aide de figures et de tableaux.

4.1 Sélection des documents

La recherche documentaire a permis de repérer 4 659 documents, dont 2 535 issus des bases de données bibliographiques, et 2 124 documents en provenance de la littérature grise. À l'issue du processus de sélection, 12 documents ont été retenus dont neuf études primaires et trois documents tirés de la littérature grise (une réponse rapide, un rapport et une thèse). Plusieurs études ont été exclues sur la base du type de devis ainsi que sur des interventions jugées trop générales. La deuxième sélection a permis d'éliminer toutes les revues portant sur des interventions axées sur les besoins de la personne, sur l'errance évasive ou sur des interventions et des dispositifs offerts à domicile ou en laboratoire qui ne répondaient pas aux critères de sélection établis.

Le schéma de sélection *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) est présenté à la **figure 1**.

Figure 1 - Schéma de sélection PRISMA



4.2 Caractéristiques des documents retenus

Les neuf études primaires retenues proviennent de l'Australie (3), des États-Unis (2), de la France (2), du Canada (1) et du Japon (1). Parmi ces documents, quatre sont des études quantitatives, trois sont des études qualitatives et deux sont des études mixtes. Pour ce qui est de leur qualité méthodologique, cinq études sont de qualité élevée (score ≥ 80 %), une étude obtient un score de bonne qualité (entre 70 et 79 %) et trois études obtiennent un score adéquat (entre 50 % et 69 %). Les caractéristiques de ces études sont présentées dans le **tableau 4**.

Tableau 4 : Caractéristiques des études de littérature scientifique retenues

1 ^{ER} AUTEUR, ANNÉE	PAYS	TYPE DE DEVIS	TYPE D'INTERVENTION	DIMENSION	QUALITÉ	POPULATION (N)
Algase, 2010	É. -U.	Quantitatif transversal descriptif	Environnementale	—	Élevée (91 %)	122
Aloulou, 2013	France	Mixte Séquentiel	Électronique	Efficacité	Bonne (75 %)	8
Bautrant, 2019	France	Quantitatif, quasi expérimental Avant-après	Environnementale	Efficacité	Élevée (91 %)	19
Caspi, 2014	É. -U.	Qualitatif, ethnographique	Environnementale	Organisationnelle (ratio)	Élevée (90 %)	12
Jones, 2020	Australie	Mixte Séquentiel	Électronique	Efficacité	Adéquate (58 %)	4
MacAndrew, 2017	Australie	Qualitatif Descriptif Exploratoire	Environnementale	Professionnelle (formation)	Élevée (80 %)	7
Nakamura, 2021	Japon	Quantitatif Étude de cas	Physique	Efficacité	Élevée (80 %)	1
Tufford, 2018	Canada	Qualitatif, ethnographique	Mécanique, environnementale	Organisationnelle (ratio)	Adéquate (65 %)	285
Varshawsky, 2021	Australie	Quantitatif Observationnel	Environnementale	Efficacité	Adéquate (60 %)	9

Trois documents sont issus de la littérature grise : deux d'entre eux (une réponse rapide d'ETMI et un rapport gouvernemental) proviennent du Canada et l'autre (thèse de doctorat) de l'Australie. La crédibilité de ces documents varie de modérée à élevée (**tableau 5**).

Tableau 5 : Caractéristiques des documents de littérature grise retenus

1 ^{ER} AUTEUR, ANNÉE	PAYS	TYPE DE DEVIS	TYPE D'INTERVENTION	DIMENSION	QUALITÉ	POPULATION (N)
CADTH, 2011	Canada	Réponse rapide ETMI	Électronique	Efficacité et sécurité	Modérée	4 études (patients avec TNC)
MacAndrew, 2014	Australie	Thèse de doctorat	Mécanique	Organisationnelle (ratio)	Élevée	Phase 1 : 40 Phase 2 : 7
Office of the Senior Advocate, 2016	Canada	Rapport et données primaires	Électronique	Organisationnelle (ratio, formation)	Élevée	228 (questionnaires provenant de centres pour personnes âgées)

4.3 Synthèse narrative des résultats issus de la littérature

Les résultats issus des études et des documents retenus sont présentés dans les sections suivantes. Six documents rapportent des études en lien avec des interventions ou des dispositifs environnementaux; quatre documents ont été retenus en lien avec des dispositifs électroniques; une étude et un document de littérature grise rapportent des résultats en lien avec des dispositifs mécaniques; une étude rapporte un dispositif physique. À noter que certains documents peuvent porter sur plus d'un type d'intervention ou de dispositif. Six documents font état de l'efficacité et deux documents de l'aspect sécurité. Quatre documents font état des aspects professionnel et organisationnel suivants : la formation du personnel et le ratio personnel/usager.

4.3.1 Lieux et dénombrement des intrusions

Dans l'étude d'Algase *et al.*, (2010), on localise l'errance de 122 résidents dans 11 lieux à partir de l'analyse d'enregistrements vidéo. Les résidents errent 80 % du temps, soit dans leur propre chambre, dans la salle de séjour, dans les corridors ou dans la salle à manger. Le reste du temps, on les retrouve dans les salles d'activités, la salle des employés, la salle de bain, le hall d'entrée ou à l'extérieur du bâtiment ou de l'unité. L'errance dans les chambres des autres résidents est observée dans une proportion de 2 % à 3 % du temps.

MacAndrew *et al.* (2017) rapporte quant à eux que 13,6 % des phases de locomotion se produisent dans des espaces privés. Certains des résidents n'avaient pas beaucoup d'événements intrusifs, mais ils y passaient beaucoup de temps, alors que d'autres présentaient beaucoup d'événements intrusifs, mais de très courte durée. Les lieux d'intrusions rapportés dans cette étude sont les chambres des autres résidents (86 %), la salle de bain d'un autre résident (7 %) et la cuisine (7 %). La plupart du temps ces événements passaient inaperçus, car le résident était seul.

Par ailleurs, un rapport sur les incidents et les altercations entre résidents vivant dans des centres d'hébergement en Colombie-Britannique (OSA, 2016) dénombre 35 % des incidents ayant lieu dans la chambre des résidents, alors que la majorité des incidents surviendraient dans les aires communes. Les incidents résultant de l'intrusion d'un résident dans la chambre d'un autre résident impliquent le toucher ou la prise de possession d'objets de l'autre résident, la confusion à propos de la propriété de la chambre, d'un lit ou de la salle de bain. Environ 32 % des résidents réagiront par un comportement agressif, ce qui justifierait la mise en place de certains dispositifs.

4.3.2 Dispositifs mécaniques et physiques

Deux études scientifiques (de qualité modérée et élevée) et un document en provenance de la littérature grise (de qualité élevée) font état de dispositifs mécaniques ou physiques visant à contrôler l'errance.

Dans une étude canadienne de Tufford *et al.* (2018), les environnements et la philosophie de 10 centres de soins de longue durée sont comparés à l'aide de 285 entrevues et de notes d'observations. Une des solutions adoptées pour les résidents qui font de l'errance est d'utiliser des unités sécurisées et le verrouillage de portes comme stratégies, tandis que dans d'autres centres les unités et les portes sont ouvertes.

Les auteurs soulignent un paradoxe entre la vie privée, la sécurité et la qualité de vie des résidents en fonction des portes ouvertes ou verrouillées. Par exemple, le verrouillage des portes pourrait affecter la mobilité et l'autonomie des résidents. Ainsi, un résident identifié comme faisant de l'errance compulsive cherchait simplement à combler un besoin de base comme se servir de l'eau, alors que la porte de la cuisine était barrée.

Les auteurs constatent que les chambres (espace privé) des résidents étaient considérées différemment d'un centre à un autre, incluant la façon dont le personnel entraînait ou sortait de ces chambres. Par exemple, dans une résidence collective en Ontario, toutes les portes de chambres étaient ouvertes alors que les résidents dormaient. Dans cette même résidence, le personnel ne cognait pas avant d'entrer dans la chambre d'un résident, alors que dans une autre résidence ontarienne, on cognait pour s'annoncer avant d'entrer, ce qui a été identifié comme une bonne pratique pour le respect de l'espace privé du résident.

Dans un centre d'hébergement en Allemagne; le personnel tentait de distraire les résidents qui font de l'errance plutôt que d'utiliser des barrières. Bien que les dispositifs de contention ne soient pas l'objet de ce rapport, les auteurs mentionnent que ceux-ci ont été utilisés dans certains centres en raison du manque de personnel (Tufford *et al.*, 2018). Selon les résultats de l'étude de MacAndrew (2014) citée plus haut, certains résidents n'ont pas de réaction lors d'une intrusion dans leur chambre selon le stade cognitif où ils se situent, alors que d'autres résidents plus inquiets verrouillent leurs portes de chambres.

Enfin, une des études retenues concerne un dispositif physique. Nakamura et Yamauchi (2021) ont réalisé une étude de cas (n=1) sur l'utilisation d'une couverture lestée par une femme âgée de 80 ans. Celle-ci vit avec un stade avancé d'Alzheimer et fait de l'errance nocturne. Selon les auteurs, une couverture de six kilogrammes a été démontrée efficace pour réduire la fréquence des réveils et l'errance nocturne est passée de 39 % à 13 % après cinq mois d'utilisation.

Selon les commentaires recueillis auprès du personnel, des changements significatifs de l'errance nocturne et une diminution de la fréquence de somnolence auraient permis à cette dame de participer plus souvent aux activités récréatives durant la journée.

4.3.3 Interventions ou dispositifs environnementaux

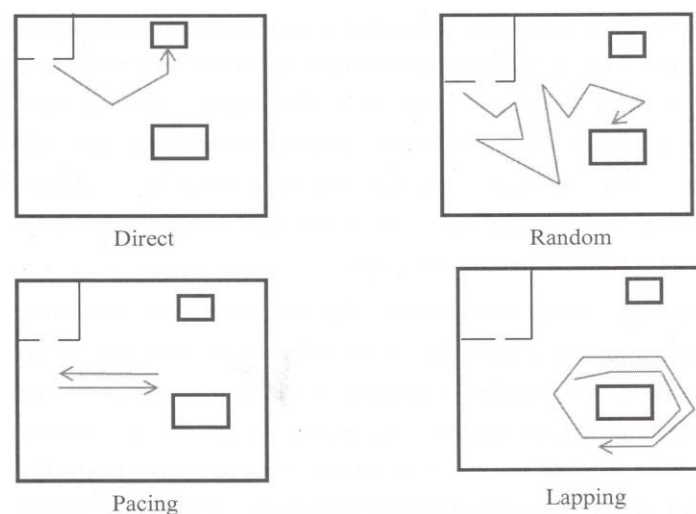
La moitié des documents retenus (6/12) font état de modifications à l'environnement des résidents ou de stratégies à mettre en place afin de réduire l'errance dans les lieux privés.

Tufford *et al.* (2018) observent un dispositif présent dans la plupart des sites qu'ils nomment des bandes « barrières ». Ces bandes sont installées en travers de certaines portes afin de garder les résidents errants à l'extérieur de ces lieux, ce qui assurerait un sentiment de sécurité pour les autres résidents. Dans la plupart des sites, les bandes étaient de couleur jaune, alors que dans d'autres sites, il s'agit de bandes décoratives dont certaines avec des imprimés d'animaux. Toutefois, les auteurs précisent qu'avec ces barrières, on peut difficilement se sentir « comme à la maison ».

Algase *et al.* (2010) examinent l'influence de l'environnement physique sur le comportement d'errance de 122 résidents observés dans 28 centres d'hébergement de soins de longue durée. Les auteurs observent qu'une plus grande luminosité, des variations de bruit, la proximité des autres résidents et un environnement plus « engageant » favorisent un tel comportement, tandis qu'un environnement plus apaisant est moins favorable à l'errance. Lorsque l'objectif est de diminuer l'errance, la modification de ces paramètres environnementaux ou la redirection du résident vers une lumière plus tamisée et un milieu apaisant peut être bénéfique.

Par ailleurs, certaines caractéristiques du cycle de l'errance seraient associées aux événements de transgression des limites (intrusions) et pourraient être utilisées dans la gestion du comportement, tel que rapporté par MacAndrew *et al.* (2017). Dans cette étude basée sur un petit échantillon de résidents (n=7), quatre patrons d'errance sont observés : la déambulation directe, aléatoire (*random*), *pacing* (court mouvement de va-et-vient) et de *lapping* (mouvements larges et circulaires, revisitant souvent certains points) (figure 2).

Figure 2 – Tirée de MacAndrew, 2014 : *Patterns of ambulation* (Martino-Salzman, 1991)



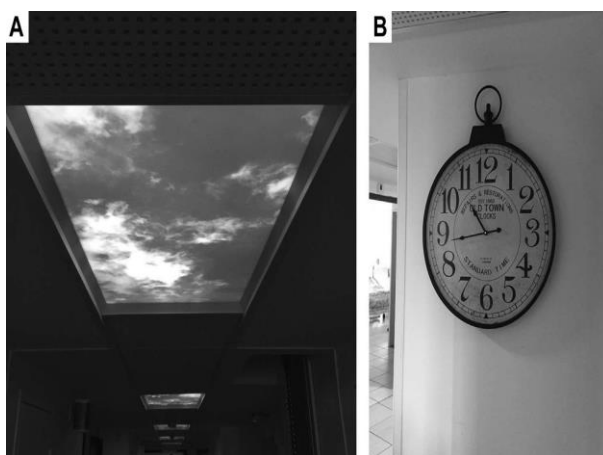
Deux patrons dominent lors des périodes d'intrusion, avec une association statistiquement significative de 79 % pour le patron aléatoire et de 12 % pour le patron direct. Par ailleurs, les participants à l'étude qui marchent davantage et qui ont une fréquence de locomotion élevée auront plus d'événements intrusifs et ces intrusions surviendront lorsque les déambulations atteignent leur apogée. Ainsi, une fréquence élevée de phases de locomotion chez un résident, des patrons de déambulation précis et la période où il y a davantage de déambulations pour chaque résident seraient des indices importants à considérer dans la gestion et dans les stratégies choisies pour réduire les phénomènes intrusifs. Ces trois indices permettraient de mieux prédire qui fera de l'errance intrusive et quand le phénomène aura lieu. L'auteur suggère d'utiliser des montres podomètres pour connaître les habitudes des nouveaux résidents.

L'étude de Bautrant (Bautrant *et al.*, 2019) montre différents résultats sur les syndromes SCPD suivant des rénovations. Ainsi, certains réaménagements de l'environnement auraient permis une diminution significative du nombre de résidents présentant de l'errance dans une unité protégée qui compte 19 résidents. Parmi ces réaménagements (**figure 3**), il est question de l'installation de tuiles de lumière qui imitent le ciel, une luminosité accrue le jour et une diminution progressive de la lumière entre 18 h et 20 h, combinée à une musique apaisante.

Figure 3 - Dispositifs environnementaux (Bautrant *et al.*, 2019)

A. Tuile imitant le ciel qui contient la lumière

B. Horloge surdimensionnée



Afin d'aider les résidents à se situer dans le temps, une horloge surdimensionnée a également été placée dans les corridors et le personnel porte des vêtements de couleurs différentes selon le quart de travail qu'il représente : l'équipe de jour porte un uniforme bleu pâle, tandis que l'équipe de soir porte un uniforme bleu foncé.

Ainsi, dans cette étude quasi expérimentale de qualité élevée, le nombre de résidents qui errent est passé de dix à quatre; et le nombre d'épisodes d'errance sur une période de 24 heures est passé de quatre à un seul épisode sur le quart de jour, avec une durée moyenne qui est passée de 112 à 39 minutes. Il en a été de même durant les heures tardives. Les épisodes d'errance observés dans cette étude se sont produits principalement aux heures tardives. Les auteurs de cette étude associent les désordres du rythme circadien au syndrome crépusculaire pour expliquer ces résultats.

Enfin, les résultats présentés dans la thèse de MacAndrew (2014) montrent que les résidents sont souvent seuls lorsqu'ils entrent dans des lieux réservés et particulièrement lors des périodes non supervisées. En plus de fermer les portes, il est suggéré de camoufler les portes. Une autre stratégie est utilisée par les résidents et familles, soit de cacher les objets qui pourraient attirer l'attention de corésidents.

4.3.3.1 Difficultés d'orientation spatiale

Certains auteurs associent les TNC, l'errance et les intrusions aux difficultés d'orientation spatiale et mentionnent certaines améliorations environnementales à mettre en œuvre pour faciliter l'orientation et en diminuer les conséquences négatives.

Certaines difficultés rencontrées par les résidents dans la recherche de leur lieu de destination sont mises en lumière dans l'étude de Caspi (Caspi *et al.*, 2014), une étude observationnelle de qualité élevée, basée sur un échantillon de 12 résidents. Parmi les difficultés relevées, on note le fait de ne pas reconnaître un endroit ou la difficulté à se souvenir où est située sa propre chambre. Afin de résoudre ce problème, des images et des objets personnels sont accrochés à la porte des résidents et les murs opposés des corridors sont peints de couleur différente.

L'oubli de son numéro de chambre est une difficulté pouvant être surmontée à l'aide d'un bracelet sur lequel est inscrit le numéro de chambre associé au résident. Enfin, lire un numéro de chambre incorrectement, l'incapacité à comprendre des instructions relatives à un trajet et rester sur le chemin qui mène à une activité de groupe sont d'autres difficultés énumérées dans cette étude.

Afin de surmonter la difficulté de rester sur le chemin qui mène à une activité de groupe, le personnel utilise parfois l'approche du *trailing music out* qui consiste à changer de salle et d'activités en s'accompagnant de musique ou en chantant afin de faciliter le mouvement et, finalement, en augmentant aussi le ratio du personnel dans les salles d'activités.

Un projet pilote mené par Varshawsky (Varshawsky et Traynor, 2021) incluant neuf résidents fait état de la mise en place de portes individualisées avec une affiche géante imitant les portes d'une maison dans le but de réduire l'errance et d'améliorer l'orientation spatiale des résidents. Les résultats indiquent une diminution de la marche persistante et de la désorientation spatiale chez ces derniers, malgré qu'aucune évaluation statistique ne soit présentée.

4.3.4 Dispositifs électroniques

Bien que les dispositifs électroniques soient en émergence, seulement quatre documents retenus portent sur leur usage dans les cas d'errance dans les centres de soins de longue durée.

Une réponse rapide de l'Agence des médicaments et des technologies de la santé au Canada (CADTH, 2011) conclut à des résultats peu probants en ce qui concerne l'efficacité et la sécurité des systèmes de prévention de l'errance dans les centres de soins de longue durée pour les résidents vivant avec un TNCM. On rapporte que des dispositifs de localisation mobiles pourraient être efficaces pour localiser rapidement des résidents errants, mais la preuve est de niveau faible et des études concernant des dispositifs en lien avec l'errance évasive sont incluses.

Par ailleurs, une étude (Aloulou *et al.*, 2013) présente un système de technologies d'assistance aux activités quotidiennes et en évalue la performance et la convivialité auprès de huit résidents d'un centre d'hébergement vivant avec un TNCM. Parmi les services d'assistance, les professionnels de la santé ont choisi un service appelé « faire de l'errance la nuit » qui les informe lors d'une situation considérée comme anormale pour un résident. Ce service utilise des bracelets d'identification, des capteurs de pression sous le matelas et un détecteur de mouvement installé au plafond. Si le résident n'est pas détecté dans son lit durant une certaine période, un message d'information est envoyé sur le téléphone intelligent ou sur la console d'un soignant sans pour autant alerter le résident. Ce système est basé sur des lecteurs de fréquences radio de type *Radio Frequency Identification* (RFID).

Bien que les auteurs de l'étude soulignent l'efficacité d'un système capable de détecter certains comportements anormaux des résidents tel que l'errance nocturne, aucun résultat associé aux intrusions n'est mentionné. Ces auteurs soulignent que plusieurs défis technologiques restent à relever, dont la durée de vie des batteries utilisées, la connexion réseau et la suppression des capteurs. D'autre part, les messages envoyés sur des téléavertisseurs ou des cellulaires font en sorte que le personnel doit passer du temps à consulter leur téléphone, parfois au détriment de leurs tâches.

Le rapport de l'*Office of the Seniors Advocate* en Colombie-Britannique (OSA, 2016), sur les incidents et les agressions en centres d'hébergement, comprend des recommandations et des données sur les systèmes de sécurité utilisés. Une section de ce rapport est consacrée à l'analyse des données sur la façon dont 228 établissements de soins tentent d'atténuer les SCPD. Parmi les mécanismes anti-errance identifiés figurent des alarmes et des détecteurs de mouvement.

Les résultats obtenus au sujet de ces appareils démontrent l'utilisation d'alarmes de portes d'entrée dans 92 % des centres participants, alors que les alarmes des portes intérieures sont utilisées dans 68 % des cas, que les escaliers sont sécurisés dans 75 % des centres et que les alarmes ou les ascenseurs sont sécurisés dans 45 % des établissements.

De plus, des tapis de chutes avec alarmes ou des systèmes (au laser) de détection des mouvements sont utilisés par 68 % des centres comme mécanismes anti-errance, tandis que des « bracelets de garde » ou de type *Wander Guard* sont utilisés par 48 % des établissements interrogés. Selon l'OSA, ces bracelets seraient une avenue potentielle pour les résidents qui errent dans les chambres des autres résidents. Lorsqu'un résident muni d'un bracelet s'approche d'une porte munie d'un dispositif de surveillance, une alerte se déclenche et la porte munie de serrures magnétiques se verrouille. Certaines fonctions plus poussées permettent la géolocalisation et créent des limites virtuelles qui peuvent être utilisées pour lancer des alertes basées sur la présence et les mouvements.

Selon certains sites commerciaux, il est possible de définir des limites sans porte ou des zones temporaires comme des salles d'activités et de programmer des heures précises pour une protection renforcée. Bien qu'aucune étude sur l'efficacité et sur la sécurité n'ait été repérée dans la littérature consultée, ce dispositif serait largement utilisé en Colombie-Britannique.

Dans ce même rapport, l'examen des circonstances et des tendances des incidents ou des agressions a permis de faire ressortir la fréquence des incidents en fonction de l'heure de la journée : le plus grand pourcentage des incidents (39 %) se produirait entre 16 et 20 heures : ce qui démontre une concordance avec le syndrome crépusculaire. De plus, cette période correspond au moment où les employés sont occupés à distribuer les dîners aux résidents, à en assurer le bon déroulement et à distribuer les médicaments. Parmi les circonstances de ces incidents figurent celles impliquant des résidents qui entrent dans la chambre d'un autre résident (35 %) et qui touchent ou prennent les objets appartenant à ce dernier.

La confusion sur l'appartenance de la chambre peut mener un résident à emprunter la salle de bain ou le lit d'un autre. Sur ce point, tout près du tiers des résidents (32 %) vivant de l'intrusion vont réagir en adoptant un comportement agressif.

Enfin, l'étude de Jones (Jones et Moyle, 2020) a évalué l'effet d'une couverture matelassée (*Dreampad™*) placée sur un oreiller et reliée à un système de son, munie d'une application MP3 ou *Bluetooth* qui diffuse de la musique à quatre résidents vivant avec des problèmes cognitifs. Les résultats obtenus ne sont pas concluants : aucune diminution de l'errance n'a été observée et plusieurs données étaient manquantes en raison du manque de tolérance des résidents pour le dispositif. Deux résidents ont aussi exprimé leur mécontentement d'être exposé à de la musique à même leurs oreillers.

4.3.5 Éléments organisationnels (ratio et formation)

MacAndrew *et al.* (2017) considèrent essentiel que les employés prennent le temps d'observer les patrons et les rythmes propres à chacun des résidents pour la planification des soins des résidents qui font de l'errance. Une intervention suggérée par l'auteure est de mettre l'accent sur l'éducation des employés afin de connaître les habitudes d'errance des résidents pour faciliter la gestion des intrusions.

De son côté, l'OSA (2016) recommande davantage de formations reliées aux incidents. Les résultats de l'étude menée par cette organisation indiquent que 64 % des participants issus de 228 établissements avaient complété une formation sur l'approche *PIECES*¹ destinée aux individus ayant des besoins physiques et cognitifs plus complexes, 30 % avaient complété une formation sur une approche de persuasion douce, et 54 % avaient des cours en lien avec les SCPD ou les agressions.

Selon MacAndrew (2014), le manque de personnel pour superviser les résidents et intervenir rapidement représente un élément organisationnel qui se révèle être une barrière pour la gestion de l'errance par la famille ou les employés. En fait, les employés mentionnent qu'ils ne font que réagir aux alertes plutôt que de les prévenir. Dans une autre étude (Caspi, 2014), l'augmentation du ratio du personnel dans les salles d'activités serait stratégique : un membre du personnel infirmier se présente dans une salle d'activités dix minutes avant son ouverture et reste jusqu'à la clôture de celle-ci pour aider à rediriger les résidents avec la personne qui mène l'activité. Un troisième membre du personnel de soins est présent pour répondre aux besoins essentiels des résidents (par exemple : aller à la salle de bain) pendant l'activité, bien que cela pose parfois un défi en raison des autres tâches à effectuer par celui-ci.

¹ About *PIECES* (n.d.). Retrieved March 24, 2016, <http://www.piecescanada.com/index.php?option=com>.

Les résultats rapportés par l'OSA (OSA, 2016) démontrent que les plus hauts taux d'incidents seraient liés à l'hébergement de résidents aux besoins plus complexes. Selon l'auteur, les résultats laissent entendre que ces établissements n'offrent pas suffisamment d'heures de soins pour gérer adéquatement cette complexité.

Enfin, Tufford *et al.*, (2018) identifient également des problèmes de ratio de personnel en rapportant les propos de soignants lors de la visite des 10 sites où se déroule l'étude. Ces sites ont été choisis parmi ceux d'une plus vaste étude comptant 27 sites, pour leur usage de serrures. Les sites sélectionnés sont situés en Ontario, en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse, en Norvège, en Allemagne et au Royaume-Uni. Ces soignants mentionnent qu'ils aimeraient avoir plus de temps pour en faire davantage pour les résidents, mais qu'ils sont surchargés de travail. Ces auteurs ont identifié l'existence en Allemagne d'un programme d'apprentissage qui permettrait de doubler le ratio de personnel afin de distraire les résidents qui font de l'errance.

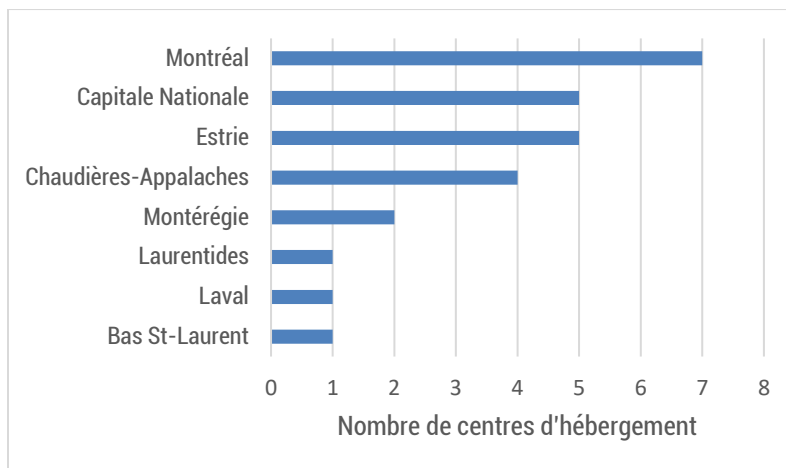
4.4 Synthèse narrative des données expérientielles

Les données expérientielles recueillies à l'aide de questionnaires et d'entrevues semi-dirigées sur les dispositifs et les interventions utilisées dans 26 centres d'hébergement du Québec sont présentées dans les sections suivantes.

4.4.1 Recrutement des participants

Cinquante et un centres d'hébergement accueillant une clientèle vivant avec des troubles neurocognitifs dans 13 régions administratives du Québec ont été contactés à l'automne 2022. Cinq centres participants ont été contactés à la suggestion d'un membre du conseil scientifique et d'autres ont été repérés à l'aide du site *Web bonjourresidence.com*. Des 51 centres contactés, 29 ont démontré un intérêt pour participer à ce volet de l'ETMISSS. Finalement, 26 centres d'hébergement situés dans les régions de Montréal, de la Capitale-Nationale, de l'Estrie, de Chaudière-Appalaches, de la Montérégie, des Laurentides, de Laval et du Bas-St-Laurent ont participé à la collecte de données expérientielles (**graphique 1**).

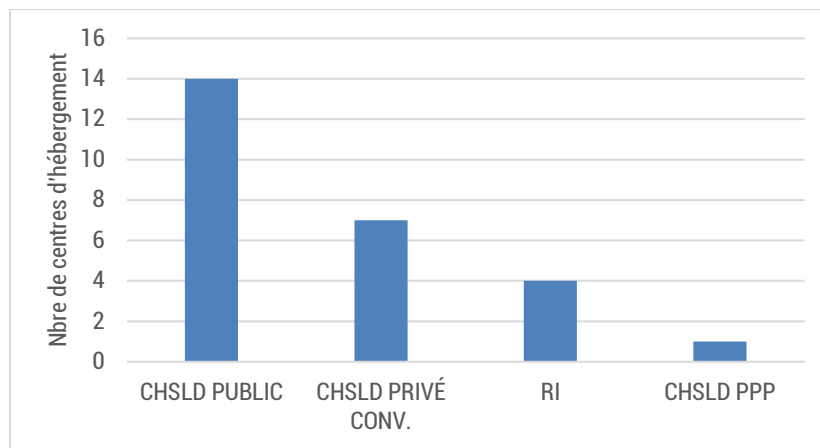
Graphique 1 : Nombre de centres d'hébergement recrutés par région administrative



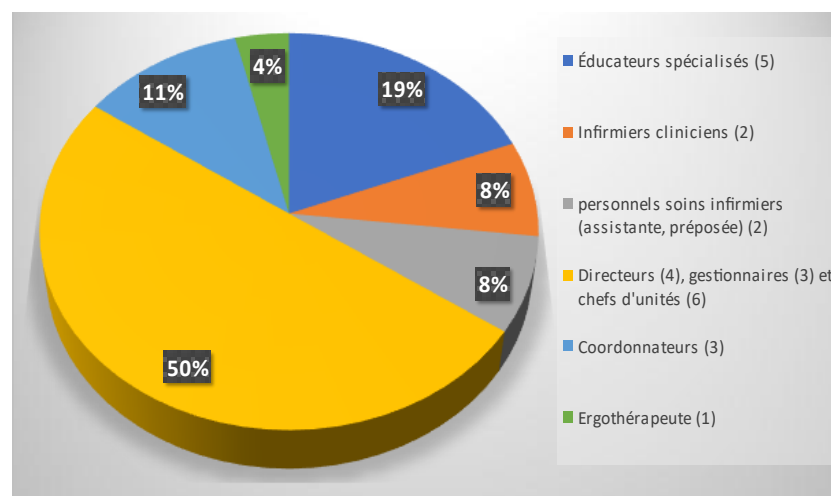
4.4.2 Questionnaire et entrevues semi-dirigées

Un questionnaire a été développé avec l'aide d'une infirmière experte de la problématique et un groupe interdisciplinaire, puis distribué aux répondants des 26 centres d'hébergement participants. Quatorze centres sont publics, sept sont des centres privés conventionnés, quatre sont des ressources intermédiaires et un centre est en partenariat public-privé (**graphique 2**). Le groupe de participants était composé majoritairement de directeurs, gestionnaires, chefs d'unités (50 %); mais aussi de cinq éducateurs spécialisés (19 %); de trois coordonnateurs (11 %); de deux infirmiers cliniciens (8 %); de deux assistants en soins infirmiers (PAB) (8 %) et d'un ergothérapeute (4 %) (**graphique 3**). Une personne a répondu pour deux centres d'hébergement distincts.

Graphique 2 : Types d'établissements participants



Graphique 3 : Composition des participants aux entrevues semi-dirigées (n=26)

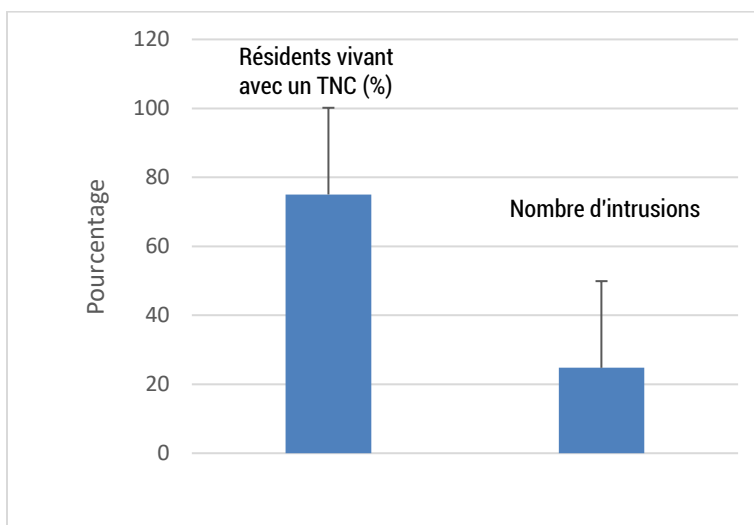


4.4.3 Ratio des troubles neurocognitifs et des intrusions perçues dans les centres d'hébergement

Des questions sur le nombre de résidents hébergés, la perception du pourcentage de résidents présentant des troubles neurocognitifs et la perception du pourcentage de résidents présentant des comportements d'errance dans les lieux privés ont été posées aux participants. Trois centres hébergeaient entre 1 et 50 résidents, 10 centres entre 51 et 100 résidents, et 13 centres pouvaient accueillir plus de 100 résidents. Tous les centres étaient dotés d'unités prothétiques ou micromilieus et la majorité avait aussi des unités régulières. Les résultats sur le pourcentage des résidents vivant avec des troubles neurocognitifs et celui des intrusions dans les établissements participants sont présentés dans le **graphique 4**.

Le pourcentage des résidents vivant avec des troubles neurocognitifs ainsi que celui des résidents faisant de l'errance intrusive sont très variables avec une moyenne de 75 % (écart-type 21 %) et de 25 % (écart-type 16 %) respectivement.

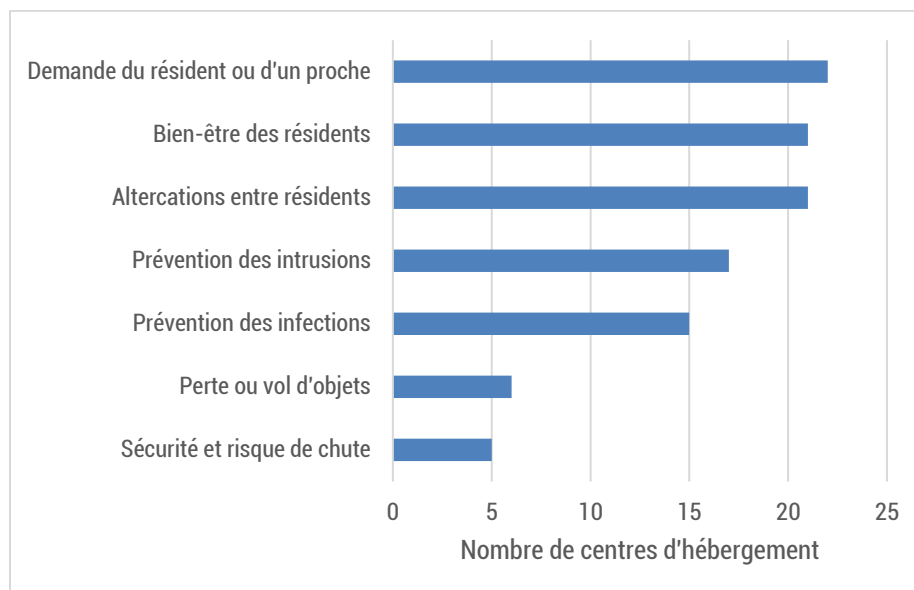
Graphique 4 : Résidents vivant avec un TNC (en %) et intrusions dans les chambres selon le personnel des établissements interrogés (en %)



4.4.4 Motivations à utiliser différents dispositifs de gestion de l'errance

La question posée était : « Dans votre milieu, quelles sont les principales raisons qui vous ont amené à utiliser des mécanismes de gestion de l'errance dans les espaces privés ou réservés ? » (**graphique 5**). Vingt-deux centres ont indiqué que les mécanismes de gestion de l'errance faisaient suite à la demande du résident ou d'un proche de la famille; 21 centres ont indiqué vouloir diminuer les incidents basés sur des conflits interpersonnels ou des altercations entre résidents; et 21 ont mentionné le bien-être des résidents. La prévention des intrusions a été mentionnée par les participants de 17 centres; la sécurité et le risque de chute qui ne faisaient pas partie des choix de réponse ont été évoqués par les représentants de cinq centres; la perte ou le vol d'objets a été mentionné pour six centres; la prévention des infections a été soulevée dans 15 centres en lien avec la précédente pandémie (COVID-19).

Graphique 5 : Motifs de la mise en œuvre de stratégies anti-intrusives dans les lieux privés



4.4.5 Répertoire des dispositifs mécaniques, physiques, environnementaux ou électroniques utilisés

La récolte de données expérientielles a permis de recueillir auprès des différents répondants des informations sur les dispositifs et les interventions utilisés dans leur centre d'hébergement respectif pour tenter de diminuer ou d'empêcher les intrusions dans les lieux privés, principalement les chambres des résidents. Le **tableau 6** présente l'ensemble des interventions ou dispositifs utilisés afin de diminuer l'errance intrusive dans les 26 centres d'hébergement participants, l'**annexe V** et l'**annexe VI** illustrent quelques-uns de ces dispositifs.

Tableau 6 : Interventions ou dispositifs physiques, mécaniques, environnementaux ou électroniques utilisés dans les centres d'hébergement participants

DISPOSITIF PHYSIQUE
Couverture lestée
DISPOSITIFS MÉCANIQUES
Demi-porte standard (utilisation de dernier recours)
Demi-porte artisanale en carton, plastique, bois léger, tissus, plexiglas
Portes verrouillées (loquets ou codes)
Housse de poignée de porte et poignée anti-intrusion
Penderie et commode verrouillées
Barrière pour bébé
Porte-jardin avec moustiquaire
Porte fermée ou entrouverte la nuit
Tablette par-dessus les demi-portes (pour cacher la poignée intérieure)
Grillage pour fermer certaines pièces (cuisine)
INTERVENTIONS OU DISPOSITIFS ENVIRONNEMENTAUX
Nom sur la porte
Photographie du résident sur la porte
Bande « Stop » ou « Arrêt Stop » fixée par un velcro
Camouflage de portes (toutes portes confondues)
Surveillance et recadrage de la personne (préposée, gardien de sécurité ou agent d'intervention)
Décoration sur la porte, boîte mémoire ou pictogramme
Rideaux, voilage ou filet devant les portes (chambres ou lieux interdits)
Objet personnel significatif dans la chambre (ex. : un couvre-lit)
Porte personnalisée (peinture ou collant <i>true door</i>)
Marqueurs de sol, trompe-l'œil (grille, flaque d'eau, ruban adhésif noir)
Document écrit de l'histoire de vie
Bande artisanale en papier ou tissu sans « Stop » devant la porte
Flèches de direction vers les chambres dans le corridor
Affiches « Hors service » ou « Personnel seulement »
Paravents devant la porte
Miroir bombé dans les coins des corridors
DISPOSITIFS ÉLECTRONIQUES
Portes codées
Caméras de surveillance dans les corridors, aires communes, portes de sortie
Système infrarouge ou détecteur de mouvement avec signal sonore près des portes de certains résidents
Bracelet anti-fugue
Système de coussins sensitifs à pression sur chaise ou lit relié à un système sonore, cloche ou avertisseur de messagerie électronique (lits <i>Umano</i> inclus)
Caméra de surveillance dans les chambres
Tapis au sol avec détecteur de pression devant la chambre (relié à la cloche d'appel et la lumière)
Système infrarouge au sol à la tête du lit, signal sur avertisseur de messagerie électronique (téléavertisseur)

Notons que dans ces résultats, aucune distinction n'est faite entre les unités prothétiques, où, la plupart du temps, tous les résidents vivent avec des problèmes cognitifs et les unités régulières, où la population est moins uniforme. Selon la philosophie des gestionnaires et des intervenants interrogés, certains ne mettent aucun dispositif pour contrer les intrusions dans les unités prothétiques, seulement dans les unités régulières, alors que d'autres répondants rapportent les utiliser dans les deux cas.

4.4.5.1 Dispositifs mécaniques et physiques

Le nombre de centres qui utilisent des dispositifs physiques et mécaniques ainsi que les caractéristiques de ces derniers sont décrites dans le **tableau 6**. Les portes de tous genres et les verrouillages associés correspondent majoritairement à ces types de dispositifs. Plus de la moitié des centres interrogés ont indiqué recourir à la demi-porte dans les situations exceptionnelles, à la demande des familles ou d'un résident, en cas d'agressivité ou en temps de pandémie pour tenter de diminuer la propagation des infections. Certains participants ont mentionné utiliser plutôt les demi-portes artisanales en carton, en plexiglas, en bois léger ou en tissus dans une optique de sécurité.

Certains centres d'hébergement ont recours à leur utilisation dans les unités régulières et non dans les unités prothétiques, tandis qu'un autre participant a mentionné que ces demi-portes sont utilisées seulement pour le bureau du personnel. Par ailleurs, 46 % des répondants ont signalé qu'ils n'utilisent pas la demi-porte. Les participants de certains centres d'hébergement rapportent qu'ils ferment simplement les portes des chambres des résidents plus inquiets ou gardent certaines portes entrouvertes, ce qui peut également diminuer les visites non souhaitées. D'autres types de portes plus rarement utilisés tels que la porte-jardin moustiquaire, la barrière pour bébé et des grillages ont aussi été mentionnées par les répondants.

Le verrouillage des portes à l'aide de loquets ou de clés est perçu comme une action dissuasive pour empêcher l'errance intrusive dans des endroits interdits comme certaines armoires, des penderies ou pour les portes des chambres des résidents ayant des niveaux moins sévères d'atteinte cognitive et qui ont la capacité de déverrouiller leur porte. Finalement, selon deux participants, la housse de poignée de porte ou la poignée anti-intrusive est utilisée dans certaines circonstances.

Le dispositif physique de la couverture lestée a été mentionné par un seul des 26 centres participants. L'utilisation de la couverture de 3,7 kg était effectuée sur une courte période, combinée à l'utilisation d'un fauteuil offrant des programmes musicaux intégrés de 20 minutes. Les haut-parleurs situés au bas du dos envoient de basses fréquences qui offrent une stimulation tactile. Le centre d'hébergement l'utilise pour diminuer l'anxiété, l'errance et d'autres symptômes comportementaux. Selon le participant, cet équipement s'est avéré efficace auprès de résidents pour qui d'autres interventions ne furent pas concluantes.

4.4.5.2 Interventions ou dispositifs environnementaux

Les principaux dispositifs ou interventions mentionnées dans les entrevues sont énumérés dans le **tableau 6**. Certaines interventions sont ciblées pour aider les résidents à retrouver leur chambre puisque la difficulté d'orientation des personnes hébergées est l'un des motifs d'intrusion dans les lieux privés. Certaines de ces interventions environnementales sont devenues une pratique courante et elles peuvent aider également les résidents qui ne font pas d'errance.

À cette fin, la majorité des centres ont installé le nom du résident près de la porte de la chambre, ainsi qu'une photographie du résident, certains objets décoratifs ou une boîte mémoire. Un participant d'un centre d'hébergement a rapporté l'idée d'accrocher les photographies, les noms des résidents et les objets de reconnaissance de façon perpendiculaire au corridor, permettant aux résidents de voir d'un peu plus loin s'ils sont dans la bonne direction et non uniquement lorsqu'ils arrivent devant la porte. Un autre participant a mentionné utiliser une photo ancienne d'un événement marquant du résident et une plus récente du résident afin d'aider à la fois le personnel à reconnaître l'occupant de la chambre et la personne vivant avec un trouble neurocognitif à retrouver sa chambre.

L'histoire de vie du résident accrochée près de la porte ou disposée près du lit dans la chambre ainsi que des objets et couvre-lits personnels ont été mentionnés par certains centres comme des éléments importants pour identifier la chambre du résident et diminuer les erreurs dans la reconnaissance des lieux.

D'autres centres ont recours à des portes personnalisées à l'aide de dessins et de peinture ou de type *true door*, c'est-à-dire avec un appliqué collant de la dimension d'une porte. Lors d'un premier achat, un gestionnaire a fait choisir l'autocollant à certains de ses résidents en consultant un catalogue, afin qu'ils puissent associer facilement la porte de leur chambre à leur lieu privé dans la résidence.

Dans un tout autre but, plusieurs utilisent également la peinture ou les autocollants afin d'effectuer le camouflage de certaines portes (portes d'ascenseurs, extérieures ou réservées au personnel). Certains participants se sont montrés réticents à camoufler les portes à cause du code du bâtiment. En effet, en vertu de la *Loi sur le bâtiment*, la Régie du bâtiment du Québec (RBQ) peut permettre, sous certaines conditions et avec une autorisation appropriée, le camouflage des portes d'issue et d'accès à l'issue dans certains lieux tels que les unités prothétiques des établissements de soins divisés en chambres et les CHSLD (incluant les maisons des aînés).

Certains éléments (cadre de la porte, quincaillerie), le déclencheur manuel d'incendie et les affiches ne doivent pas être camouflés. Aussi, une affiche indiquant aux visiteurs que plusieurs portes sont camouflées (ou verrouillées selon la situation) doit être installée (Article 3.4.6.11.3 du chapitre I, Bâtiment, Code de construction et Code national du bâtiment [CNB], Canada, 2010, modifié Québec).

D'autres signaux pour aider les résidents à retrouver leur chambre sont utilisés par certains centres d'hébergement, tels que des flèches collées sur les murs des corridors afin d'indiquer les principales pièces ou les numéros de chambres afin de mieux orienter le résident. Enfin, des affiches « hors services » ou « personnel seulement » sont aussi utilisées afin de dissuader les résidents à utiliser certains lieux.

D'autres interventions ou dispositifs environnementaux sont utilisés afin de dissuader les intrusions dans les chambres ou autres lieux privés. Le plus utilisé par les 26 centres interrogés est la bande de tissus combinée à un arrêt « stop » accrochée avec des attaches en velcro de chaque côté de l'entrée d'une porte de chambre. Des variantes ont été fabriquées de façon artisanale avec des tissus colorés et des motifs sans nécessairement y appliquer le signal « stop ». À noter que pour certains répondants, cette bande « stop » placée en travers de la porte devrait être mise au niveau des yeux des résidents, tandis que pour d'autres, elle devrait être mise au niveau du torse ou de la taille, pour que les résidents ne tentent pas de passer en dessous. Presque tous les répondants ont rapporté qu'elle devait être testée, car tous les résidents n'y répondent pas de la même façon.

Certains centres mentionnent l'utilisation des marqueurs de sol trompe-l'œil tels que des imitations de flaque d'eau ou des grilles que l'on dispose devant une porte de chambre afin de dissuader un résident d'y pénétrer sans autorisation. D'autres ont rapporté utiliser des rideaux, du voilage ou des filets devant les portes des chambres afin de dissuader les intrusions. On rapporte que l'avantage de ce dispositif est sa légèreté, qu'il semble sécuritaire pour le résident et que le personnel peut voir ce qui se passe dans la chambre du résident. Il est généralement tenu par des attaches en velcro au-dessus de la porte.

Un participant rapporte l'utilisation de paravent devant la porte de chambre d'un résident qui ne veut pas subir d'intrusion. Enfin, plusieurs centres ont déjà utilisé ou utilisent le recadrage des résidents par des agents de sécurité ou des gardiens sur appel, lorsque certaines situations ne leur laissent pas d'autres options.

L'architecture et l'environnement physique des centres sont des éléments qui peuvent jouer en faveur ou en défaveur des comportements intrusifs. Même s'ils ne sont pas des dispositifs ou des interventions comme tels, un participant à cette ETMI qui s'occupe de deux centres d'hébergement mentionnait qu'il y avait moins d'intrusions où il y a beaucoup d'espace pour marcher. Un autre participant a mentionné que les problèmes résultant de l'errance intrusive avaient beaucoup diminué depuis l'ouverture d'un micromilieu adapté qui permet de rassembler une clientèle aux besoins similaires : « Les résidents présentant ce type de comportement de façon régulière y sont relocalisés, diminuant les altercations entre résidents qui survenaient souvent par le passé ».

4.4.5.3 Dispositifs électroniques

Divers types de dispositifs électroniques sont utilisés avec des objectifs précis afin d'assurer la sécurité des résidents et la quiétude du personnel (**tableau 6**). Un système infrarouge ou un détecteur de mouvement disposé sur le cadre de la porte de certains résidents dont on veut surveiller les mouvements est mentionné par plusieurs centres d'hébergement. Ces systèmes sont reliés à un système sonore ou une cloche d'appel qui émet un signal sonore à la chambre lorsqu'un résident entre ou sort d'une chambre.

D'autres centres utilisent aussi des tapis sonores placés au sol devant la porte de chambre du résident pour les mêmes raisons. Un participant souligne la présence d'un système de senseurs dans un tapis localisé près du lit et qui émet un signal envoyé sur un avertisseur de messagerie électronique lorsque le résident se lève de son lit. Aussi, d'autres participants ont mentionné un système de coussins sensitifs à pression sur chaise ou un lit relié à un système sonore, à une cloche ou à un avertisseur de messagerie électronique. Principalement utilisés pour la détection ou la surveillance des chutes, ces systèmes servent également à la surveillance de l'errance puisque ce comportement augmente le risque de chutes, selon les participants.

Les participants de plusieurs centres d'hébergement ont mentionné l'utilisation de caméras de surveillance dans les corridors, les aires communes ou aux portes de sortie ainsi que l'utilisation de portes codées principalement dans les ascenseurs, les unités prothétiques ou les portes extérieures. Certains ont rapporté aussi l'utilisation de caméras à l'intérieur de chambres.

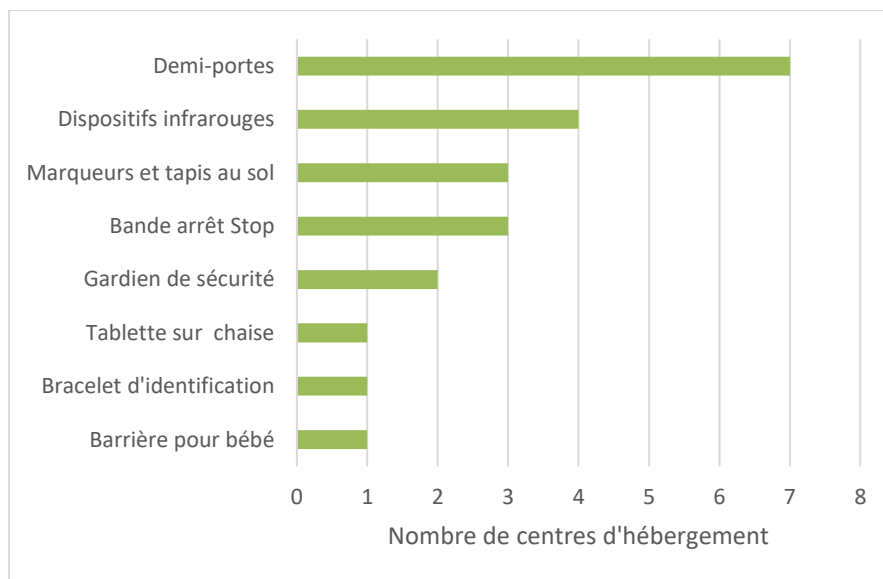
Si plusieurs centres d'hébergement utilisent des bracelets d'identification électronique anti-fugue, aucun n'a fait mention de leur utilisation pour les intrusions dans les lieux privés. Toutefois, le port du bracelet serait toléré par les résidents dans les centres interrogés advenant qu'une fonction permette son usage pour les intrusions dans leur chambre.

Concernant les dispositifs électroniques, les centres d'hébergement participants seraient disposés à en faire usage bien que plusieurs d'entre eux y voient certains inconvénients tels que le bruit, une trop forte sensibilité des appareils, des interférences temporaires ou une couverture non adéquate. Un participant rapportait qu'en passant dans le corridor à côté d'un dispositif à infrarouge installé dans le cadre de la porte de chambre d'un résident, une (fausse) alarme s'est déclenchée. Par ailleurs, certains résidents plus anxieux réagissaient mal au bruit, ce qui a forcé le centre concerné à mettre de côté ce type de dispositif.

4.4.6 Dispositifs remis en question

Une question ouverte posée aux participants concerne les mécanismes ou les interventions, déjà ou présentement utilisés, ayant fait l'objet d'une remise en question. La demi-porte est ressortie comme étant le dispositif mécanique le plus questionné, suivi des dispositifs électroniques à infrarouges, de la bande « arrêt-stop », des bandes noires au plancher ou des tapis de sol (trois participants) et le recours aux gardiens de sécurité. Un participant a mentionné le bracelet d'identification, la barrière pour bébé ou la tablette sur chaise (graphique 6).

Graphique 6 : Interventions ou dispositifs remis en question



Les demi-portes sont remises en question pour des raisons de sécurité des usagers. Ceux-ci tentent parfois de les escalader et se blessent. Certains dispositifs infrarouges installés aux portes des chambres des résidents ne sont plus utilisés dans certains centres, car ils sont bruyants, ce qui risque d'augmenter le niveau d'anxiété des résidents. On rapporte également une sensibilité trop élevée de certains dispositifs. Par exemple, une personne circulant dans un corridor peut faire sonner le système qui est pourtant dédié à la personne à l'intérieur de la chambre.

La bande velcro avec un arrêt « stop » mise en travers des cadres de portes est aussi remise en question du fait que certains résidents tentent de passer en dessous (au risque de se blesser). De plus, ce type d'intervention ne fonctionne pas pour tous les résidents. On rapporte également des risques de blessures avec les marqueurs en trompe-l'œil et les tapis de sol que l'on met à l'entrée des chambres pour tenter d'en dissuader l'accès.

Certains résidents tentent de sauter par-dessus ces « trompe-l'œil » qui peuvent être perçus comme un trou noir au sol, par exemple, dû à l'agnosie de certains résidents. Quant aux tapis de sol placés devant l'entrée des chambres, les résidents peuvent trébucher sur ceux-ci s'ils sont mal installés.

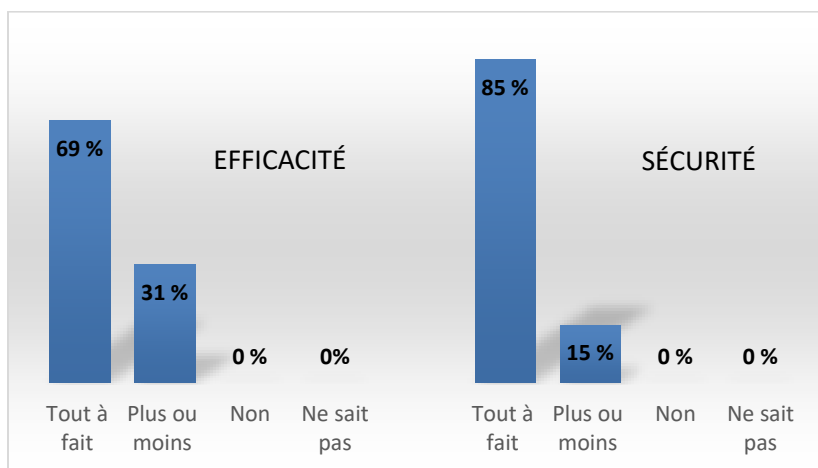
Des répondants ont mentionné ne plus embaucher de gardien de sécurité, car ces derniers n'avaient pas de formation en lien avec les SCPD et que leurs uniformes, plutôt inhabituels, pouvaient créer de l'anxiété chez certains résidents. D'autres dispositifs ont été remis en question tels que le bracelet de sécurité, car quelques résidents les enlèvent. Pour sa part, la barrière pour bébé est jugée non sécuritaire en raison de la possibilité de l'escalader. Les tablettes sur chaises n'étaient plus utilisées depuis longtemps dans un centre, car elles étaient considérées comme une contention.

4.4.7 Perception de l'efficacité et de la sécurité des dispositifs utilisés

Deux questions concernaient la perception des personnes interrogées concernant l'efficacité et la sécurité des dispositifs utilisés pour contrôler l'errance. Ainsi, 69 % d'entre eux ont affirmé avoir des dispositifs efficaces, tandis qu'une certaine inefficacité a été mentionnée pour presque le tiers des centres (31 %). Selon eux, cette inefficacité était en raison de la variabilité des réactions des résidents envers ceux-ci. Un dispositif peut s'avérer efficace pour dissuader un résident d'entrer dans un lieu privé, alors que le même dispositif n'aura pas l'effet escompté sur le comportement d'un autre résident.

Une large proportion des participants (85 %) perçoit ces dispositifs comme tout à fait sécuritaires, contre 15 % qui mentionnent qu'ils sont plus ou moins sécuritaires, principalement à cause de l'utilisation de la demi-porte (graphique 7).

Graphique 7 : Perception de l'efficacité et de la sécurité des dispositifs utilisés en centres d'hébergement



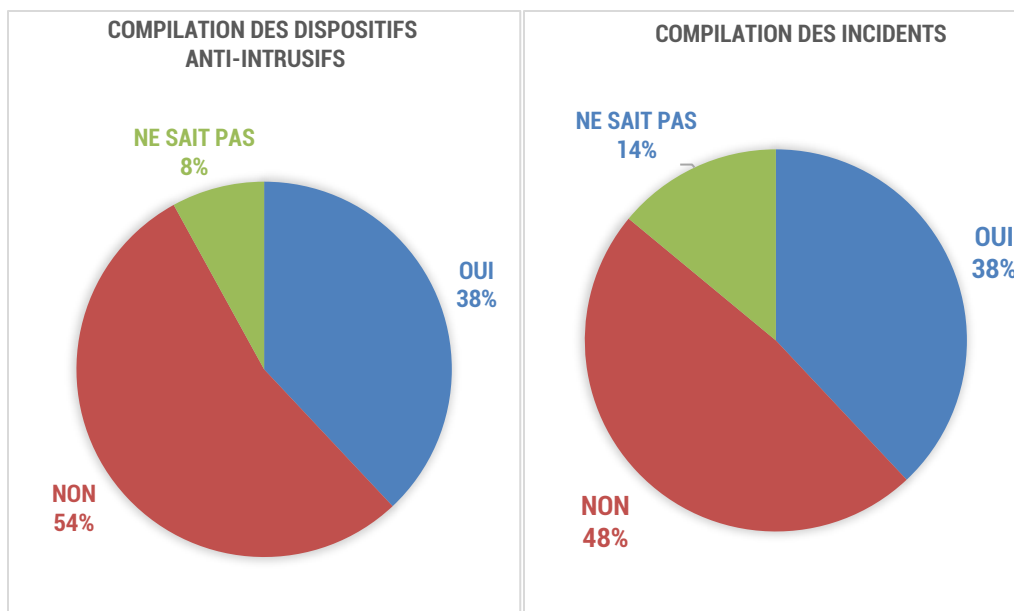
4.4.8 Compilation des données

Les réponses aux questions sur les habitudes de compilations de données reliées à l'errance dans les centres d'hébergement participants indiquent que la documentation des dispositifs et des incidents ou altercations, liée aux intrusions, est variable. Un peu plus d'un tiers des centres participants (38 %) compilent des données en lien avec l'errance intrusive ou autres événements indésirables et les dispositifs utilisés pour les prévenir. Pour les centres d'hébergement qui le font, les données sur l'errance sont consignées au dossier du résident qui fait de l'errance et/ou celui qui subit l'intrusion.

Certains centres ont une grille de surveillance sur sept jours alors que d'autres consignent les événements seulement pour les unités régulières, car il y aurait trop d'événements à inscrire pour les unités prothétiques. Certains participants compilent tout dispositif qui empêcherait un résident de sortir de sa chambre ou de circuler librement. Enfin, tous les centres d'hébergement participants utilisent le formulaire normalisé AH-223 (Rapport de déclaration d'incident ou d'accident), en cas d'altercations ou d'incidents impliquant leurs résidents. Les familles de ces derniers sont avisées lorsque ces situations se présentent.

Il importe de mentionner que 54 % des centres d'hébergement ne documentent pas les dispositifs ou les interventions utilisés pour contrôler l'errance et que 48 % ne documentent pas nécessairement les incidents. Au moment de l'entrevue, entre 8 % et 14 % des personnes interrogées ne pouvaient répondre à ces questions, en raison de la fonction qu'ils occupaient dans l'établissement (**graphique 8**).

Graphique 8 : Compilations de données liées aux dispositifs anti-intrusifs ou aux incidents entre résidents



4.4.9 Éléments organisationnels

4.4.9.1 Ratio personnel/résident

Tous les répondants connaissaient les ratios préposés aux bénéficiaires/résidents de leur établissement, mais certains pouvaient seulement se prononcer pour les unités sur lesquelles ils travaillaient. Les ratios des infirmiers et des auxiliaires étaient aussi connus par la plupart des répondants, mais en nombre insuffisant pour fin d'analyse. Quant à la perception du ratio idéal sur les différents quarts de travail (**graphique 9**), la moitié des participants interrogés ont répondu qu'ils souhaiteraient plus de personnel sur les quarts de soir (13 centres) et de nuit (12 centres).

Aussi, les représentants de huit centres souhaiteraient disposer de plus de personnel durant la journée, tandis que ceux de six centres d'hébergement perçoivent leur ratio comme étant adéquat. Par ailleurs, deux participants ont mentionné que de disposer de plus de personnel peut s'avérer un inconvénient en amenant un environnement moins calme.

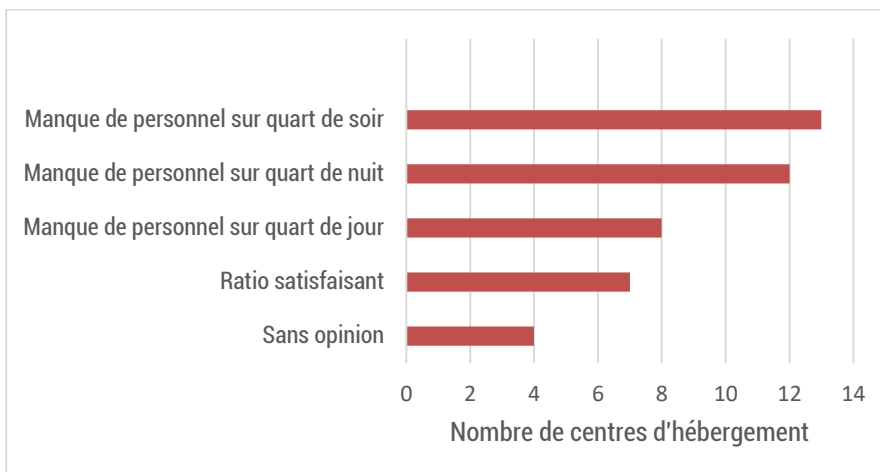
Un des participants à cette évaluation soulève un problème en lien avec les quarts de travail de soir :

« Étant donné le nombre d'intervenants présents le jour, l'errance intrusive est plus facile à gérer sur ce quart de travail. Le soir, la combinaison du nombre réduit d'intervenants et de l'augmentation fréquente de l'anxiété chez certains résidents à partir de la fin de l'après-midi font en sorte que ces comportements sont plus problématiques en soirée. »

Pour un autre participant, disposer d'un surplus de personnel s'avère un inconvénient :

« Je crois qu'il n'y a pas de moyens infaillibles, c'est un jeu d'essai-erreur, mais lors de notre évaluation, il faut toujours éviter d'augmenter l'anxiété du résident et aussi accepter que nous n'atteignons jamais le 100 % d'efficacité. Même si l'ajout de personnel peut nous apparaître comme une solution, il faut éviter le piège de tomber dans la contention humaine, car ceci amène beaucoup d'agressivité et d'anxiété chez le résident. »

Graphique 9 : Perception des participants concernant le ratio personnel/résident

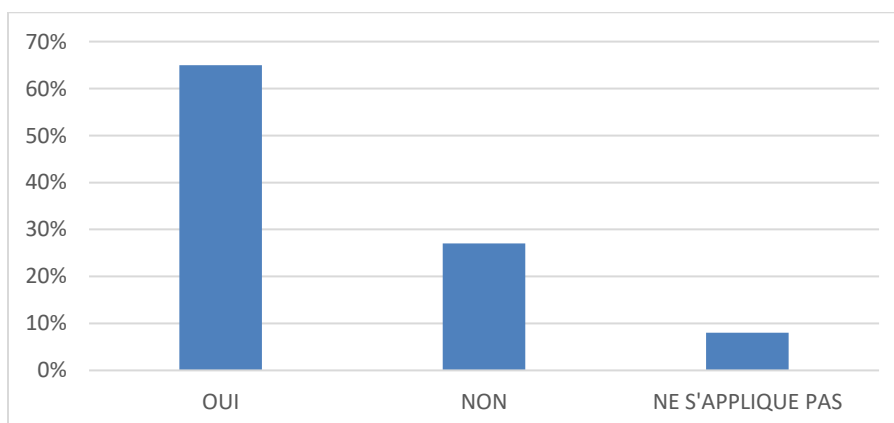


4.4.9.2 Formation du personnel

65 % des répondants considèrent que la formation reçue est suffisante, car les dispositifs sont simples à utiliser et qu'ils ont l'occasion de parler à des professionnels de la santé, tels que des ergothérapeutes ou des physiothérapeutes, s'ils ont des interrogations au sujet des dispositifs (**graphique 10**). Bien que 27 % des répondants ont dit avoir aussi la chance de consulter des professionnels de la santé, ils jugent ces consultations insuffisantes et aimeraient recevoir plus de formation sur les SCPD, l'errance et les dispositifs mis à leur disposition (voir lien de formation en **annexe VI**). Enfin, 8 % des participants trouvent que la question ne s'applique pas à leur milieu, car ils misent sur le travail de prévention comme le mentionne cette participante :

« Notez que je suis nouvelle. Il est donc normal que je ne connaisse pas encore tout sur l'utilisation des mécanismes et des dispositifs afin d'éviter l'errance, mais en général, on trouve les causes des cas d'errance intrusive lorsqu'il y en a. C'est la raison pour laquelle nous utilisons peu de dispositifs. »

Graphique 10 : Perception d'une formation suffisante sur les interventions ou les dispositifs

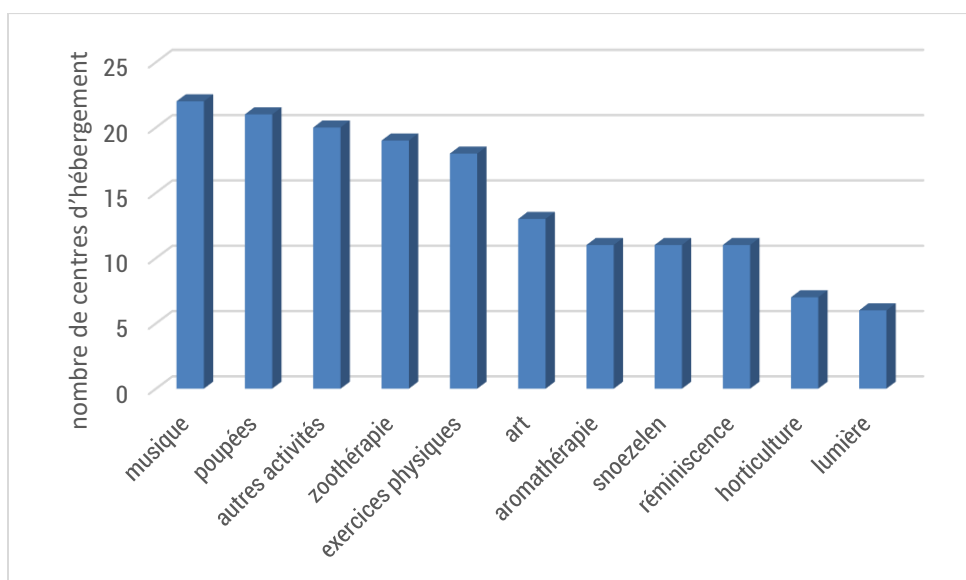


4.4.10 Autres résultats : Activités occupationnelles et sensorielles

Une question sur les activités occupationnelles et sensorielles qui pourraient réduire l'errance a été ajoutée au questionnaire, comme souhaité par la demandeuse et certains membres du comité de ce projet d'ETMISSS.

Le **graphique 11** présente les résultats de 25 des 26 participants qui ont répondu à cette question. Les activités citées incluent tous les résidents selon leur intérêt et leur profil. Les quatre interventions les plus utilisées sont la musique (22/25 centres), le suivi de la thérapie par la poupée (21/25), la zoothérapie (20/25) et l'activité physique (18/25) sur une base hebdomadaire (marches ou jeux).

Graphique 11 : Thérapies occupationnelles ou sensorielles utilisées dans les centres d'hébergement



D'autres loisirs ont également été mentionnés, tels que l'art; l'utilisation d'huiles essentielles dans les salles de détente ou dans les chambres des résidents pour les apaiser; la réminiscence, qui implique des discussions sur les souvenirs, les événements et les expériences du passé avec l'aide de matériel ou d'objets pour mettre en contexte; les salles ou les chariots de type *snoezelen* (multisensoriels), qui ont pour objectif de procurer un état de bien-être ou de relaxation; l'horticulture principalement en été et les jeux de lumière. D'autre part, 19 des 25 participants ont mentionné le développement d'autres activités qui ne visent pas spécifiquement à réduire l'errance, mais à répondre à divers besoins du résident.

5. Synthèse et analyse

Les données de la littérature sur les lieux et les fréquences des intrusions rapportent un taux variable d'événements allant de 2 % à 13 % - voire 35 % - lorsque l'on considère tous les types d'incidents non désirés dans la chambre des résidents (Algase *et al.*, 2010; MacAndrew *et al.*, 2017; OSA, 2016). Cette variabilité est également observée dans les données expérientielles des 26 centres d'hébergement qui ont participé à cette ETMI.

5.1 Données issues de la littérature

Ce sont 12 documents correspondant à nos critères PICOTS qui ont été retenus pour répondre à la question d'ETMI sur les dispositifs ou les interventions efficaces, pour éviter l'errance dans les lieux privés ou non autorisés en centre d'hébergement, tels que les chambres des résidents.

Trois auteurs ont recensé des dispositifs physiques et mécaniques (MacAndrew, 2014; Nakamura, 2021; Tufford *et al.*, 2018); sept auteurs ont utilisé des interventions ou des dispositifs environnementaux (Algase *et al.*, 2010; Baurant *et al.*, 2019; Caspi, 2014; MacAndrew *et al.*, 2014; MacAndrew *et al.*, 2017; Tufford *et al.*, 2018; Varshawsky et Traynor 2021); et quatre documents ont traité de dispositifs électroniques (Aloulou, 2013; CADTH, 2011; Jones 2020; *Office of the Senior Advocate*, 2016). Certains documents ont traité de plus d'un aspect (**tableau 7**). Considérant l'hétérogénéité des interventions et des dispositifs présentés dans ces études et le fait qu'il y a deux études portant sur un dispositif similaire, il n'est pas possible d'évaluer un niveau de preuve vis-à-vis un dispositif ou une intervention en particulier.

Tableau 7 : Interventions ou dispositifs physiques, mécaniques, environnementaux ou électroniques utilisés afin de diminuer l'errance intrusive repérés dans la littérature

	DISPOSITIFS OU INTERVENTIONS UTILISÉS POUR DIMINUER L'ERRANCE OU LES INTRUSIONS	ALGASE 2010	ALOULOU 2013	BAUFRANT 2019	CADTH 2011	CASPI 2014	JONES 2020	MACANDREW 2014	MACANDREW 2017	NAKAMURA 2021	OFFICE OF THE SENIOR ADVOCATE 2016	TUFFORD 2018	VARSHAW SKY 2021
Physique	Couverture lestée									X			
Mécanique	Verrouiller ou fermer les portes							X				X	
Environnemental	Observation de la fréquence, du pic et des patrons d'errance								X				
	<i>True doors</i> ou portes avec imprimés et numéro de porte												X
	Bandes barrières « stop »											X	
	Luminosité, son, proximité des autres	X		X									
	Horloge surdimensionnée			X									
	Uniformes du personnel de couleur différente selon le quart de travail			X									
	Photos et objets accrochés aux portes des résidents					X							
	Bracelets avec numéro de chambre					X							
	Murs opposés des corridors aux différentes couleurs			X		X							
Guider, diriger ou superviser le résident					X		X						
Électronique	Dispositifs de localisation				X								
	Alarmes										X		
	Bracelet de type <i>wander guard</i>										X		
	Alarmes et systèmes de verrouillage des portes										X		
	Matelas et système d'alerte du mouvement										X		
	Service d'assistance électronique (bracelet, capteurs de pression, détecteur de mouvement)		X										
Taie d'oreiller avec musique intégrée						X							
Ratio						X		X			X	X	
Formation									X		X		

Parmi les 12 documents, cinq ont également souligné des aspects organisationnels : le ratio personnel/résident (Caspi, 2014; MacAndrew, 2014; *Office of the Senior Advocate*, 2016; Tufford et al., 2018) et la formation du personnel (MacAndrew et al., 2017; *Office of the Senior Advocate*, 2016) (**tableau 6**).

Les quatre articles discutant du ratio de personnel vont dans le même sens, soit pour une augmentation du personnel afin de superviser et d'intervenir rapidement (MacAndrew, 2014), mieux diriger les résidents vers un lieu d'activité (Caspi, 2014), mieux répondre aux résidents ayant des besoins plus complexes (OSA, 2016) et en faire davantage pour les résidents, tel que les distraire par différentes activités (Tufford et al., 2018).

MacAndrew et al., (2017) mentionne de mettre l'accent sur la formation des employés pour connaître les habitudes d'errance des résidents afin de les habiliter à évaluer et gérer les intrusions, tandis que l'OSA (2016) mentionne l'accès à des formations plus générales en lien avec la compréhension des individus aux besoins plus complexes et recommande également de la formation reliée aux incidents.

5.2 Données expérientielles

Le **tableau 8** présente la compilation des données expérientielles obtenues auprès des participants des 26 centres d'hébergement inclus dans cette ETMISSS.

Tableau 8 : Interventions ou dispositifs mécaniques, physiques, environnementaux ou électroniques utilisés afin de diminuer l'errance intrusive dans les centres d'hébergement participants

DISPOSITIFS MÉCANIQUES		
	Nombre de centres (n=26)	%
Demi-porte standard (utilisation de dernier recours)	14	53,8
Demi-porte artisanale en carton, plastique, bois léger, tissus, plexiglas	9	34,6
Portes verrouillées (loquets ou codes)	5	19,2
Housse de poignée de porte et poignée anti-intrusion	2	7,7
Penderie et commode verrouillées	1	3,8
Barrière pour bébé	1	3,8
Porte-jardin avec moustiquaire	1	3,8
Porte fermée ou entrouverte la nuit	1	3,8
Tablette par-dessus les demi-portes (pour cacher la poignée intérieure)	1	3,8
Grillage pour fermer certaines pièces (cuisine)	1	3,8
DISPOSITIF PHYSIQUE		
	Nombre de centres (n=26)	%
Couverture lestée	1	3,8
INTERVENTIONS OU DISPOSITIFS ENVIRONNEMENTAUX		
	Nombre de centres (n=26)	%
Nom sur la porte	21	80,8
Photographie du résident sur la porte	22	84,6
Bande « stop » ou « arrêt-stop » fixée par un velcro	19	73,1
Camouflage de portes (toutes portes confondues)	16	61,5
Surveillance et recadrage de la personne (préposée, gardien de sécurité ou agent d'intervention)	14	53,8
Décoration sur la porte, boîte mémoire ou pictogramme	13	50,0
Rideaux, voilage ou filet devant les portes (chambres ou lieux interdits)	6	23,1
Objet personnel significatif dans la chambre (ex. : un couvre-lit)	5	19,2
Porte personnalisée (peinture ou collant <i>true door</i>)	4	15,4
Marqueurs de sol, trompe-l'œil (grille, flaque d'eau, ruban adhésif noir)	4	15,4
Document écrit de l'histoire de vie	3	11,5
Bande artisanale de papier ou tissu sans « stop » devant la porte	3	11,5
Flèches de direction vers les chambres dans le corridor	2	7,7
Affiches « hors service » ou « personnel seulement »	1	3,8
Paravents devant la porte	1	3,8
Miroir bombé dans les coins des corridors	1	3,8
DISPOSITIFS ÉLECTRONIQUES		
	Nombre de centres (n=26)	%
Portes codées	15	57,7
Caméras de surveillance dans les corridors, aires communes, portes de sortie	12	46,2
Système infrarouge ou détecteur de mouvement avec signal sonore près des portes de certains résidents	11	42,3
Bracelet d'identification	11	42,3
Système de coussins sensitifs à pression sur chaise ou lit relié à un système sonore, cloche ou avertisseur de messagerie électronique	7	26,9
Caméra de surveillance dans les chambres	3	11,5
Tapis au sol avec détecteur de pression devant la chambre (relié à cloche d'appel et lumière)	2	7,7
Système infrarouge au sol à la tête du lit, signal sur avertisseur de messagerie électronique (téléavertisseur)	1	3,8

5.3 Triangulation des données

Les tableaux 7 et 8 montrent que ce sont les interventions et dispositifs environnementaux qui sont le plus souvent cités, que ce soit dans la littérature ou dans les centres d'hébergement.

Une variété d'intervention et de dispositifs repérés dans la littérature ont également été mentionnés par les participants des centres d'hébergement. En revanche, les dispositifs créés et utilisés dans les centres d'hébergement ne sont pas nécessairement documentés dans la littérature. C'est le cas, notamment des demi-portes artisanales créées à partir de matériaux variés.

5.3.1 Dispositifs physiques et mécaniques

Un dispositif physique identifié à la fois dans la littérature et par les participants interrogés pour la cueillette de données expérientielles est la couverture lestée (Nakamura et Yamauchi, 2021). Selon les participants d'un des centres d'hébergement, la couverture lestée se serait également avérée efficace pour diminuer des comportements d'anxiété ou d'errance qui ne répondaient pas à d'autres interventions.

La demi-porte, visant à protéger une personne contre l'intrusion des autres résidents présentant des comportements jugés dérangeants, n'a pas été repérée comme dispositif mécanique dans les documents retenus, mais a été mentionnée par 53 % des participants interrogés. Parmi les centres d'hébergement participants, d'autres stratégies telles que des demi-portes artisanales (35 %) et des housses de poignées (8 %) sont mentionnées. Parmi les autres approches mentionnées dans la littérature (MacAndrew, 2014; Tufford *et al.*, 2018) ainsi que par 19 % des participants, il y a la fermeture et le verrouillage des portes (tous types confondus).

5.3.2 Interventions et dispositifs environnementaux

Plusieurs éléments liés à l'environnement du résident sont répertoriés dans la littérature et sont toujours d'actualité dans les centres d'hébergement participants à cette ETMI.

Parmi les options environnementales énumérées à la fois dans la littérature (Caspi, 2014) et relevées par plus de 80 % des participants, le nom et la photo du résident accrochés sur sa porte de chambre et, dans une moins grande proportion, une décoration de porte, un pictogramme, une boîte mémoire ou l'histoire de vie du résident permettent de l'aider à retrouver sa chambre. Pour faciliter le repérage des chambres des résidents, environ 19 % des centres d'hébergement ont eu recours à certains objets personnels tels qu'un couvre-lit.

Les portes personnalisées ou le camouflage de porte sont également mentionnés à la fois dans la littérature (Varshawsky et Traynor, 2021) et dans les données expérientielles, alors que plus de 60 % des participants disent utiliser le camouflage de portes donnant accès à des endroits non souhaités. Un dispositif souvent utilisé dans les centres d'hébergement est la bande « arrêt-stop » comme mentionné dans l'étude de Tufford (Tufford *et al.*, 2018). Ce dispositif est utilisé dans plus de 70 % des centres d'hébergement qui ont participé à cette ETMISSS.

Plusieurs centres se sont inspirés de ce dispositif en créant des bandes transversales avec différents tissus ou même des banderoles de papier. On rapporte que l'efficacité est variable alors que certains résidents voudront passer en dessous ou tenteront de l'arracher. Les études de Caspi (2014) et de MacAndrew (2014) rapportent l'action de guider, rediriger ou superviser le résident qui fait de l'errance. Sur le terrain, cette approche est mentionnée par plus de 50 % des centres, mais dans les situations exceptionnelles (altercations majeures entre résidents, problèmes psychiatriques).

D'autres approches apparaissent uniquement dans la littérature sélectionnée. Par exemple, la luminosité, le son et la proximité des autres comme éléments affectant l'errance des résidents (Algase *et al.*, 2010; Baurtant *et al.*, 2019) ou l'utilisation de couleurs différentes sur les murs opposés des corridors (Baurtant *et al.*, 2019; CADTH, 2011). L'observation de la fréquence et des patrons d'errance et du pic de déambulation, afin d'identifier les résidents qui sont plus susceptibles de s'introduire dans des espaces privés, ont également été mentionnée (MacAndrew *et al.*, 2017).

Plusieurs dispositifs relevés dans les données expérientielles n'apparaissent pas dans la documentation retenue. Une certaine efficacité serait perçue en ce qui concerne l'utilisation de rideaux, de voilages, et de filets accrochés dans le cadre d'une porte, dispositifs répertoriés par 23 % des participants des centres d'hébergement afin de dissuader l'entrée dans certaines chambres. Aussi, environ 15 % des participants ont mentionné l'utilisation de marqueurs au sol ou trompe-l'œil qui utilisent une des caractéristiques des TNCM appelée l'agnosie. Ce dispositif a été remis en question dans certains centres d'hébergement en raison de résidents qui se sont blessés en tentant de sauter par-dessus le trompe-l'œil.

5.3.3 Dispositifs électroniques

Parmi les dispositifs repérés à la fois dans la littérature et dans les données expérientielles, notons principalement les alarmes et les systèmes de verrouillage des portes ainsi que les matelas et les systèmes d'alerte du mouvement (Aloulou *et al.*, 2013; OSA, 2016). C'est le cas des portes codées qui sont mentionnées par 58 % des participants, des systèmes infrarouges avec détecteur de mouvement utilisés dans 42 % des centres d'hébergement et les systèmes de coussins sensitifs à pression sur chaise ou lit mentionnés pour 27 % des centres d'hébergement.

Parmi les autres dispositifs électroniques repérés uniquement dans la littérature, notons l'utilisation du bracelet de type *Wander Guard* dont le but est de limiter l'accès à certaines zones à l'intérieur d'un bâtiment et dans les chambres d'autres résidents (OSA, 2016). L'utilisation de GPS dans un but de localisation rapide des résidents est également mentionnée dans le rapport de la CADTH (CADTH, 2011).

Enfin, les données expérientielles relèvent la présence de caméra de surveillance dans les corridors, les aires communes ou près des portes de sortie (46 %) et occasionnellement dans les chambres (11 %). Ces caméras permettent d'exercer une certaine surveillance des mouvements des résidents.

5.3.4 Perceptions des participants concernant l'aspect organisationnel

Les données expérientielles suivent la tendance observée dans la littérature en ce qui a trait à l'élément organisationnel du ratio intervenants/résident (Caspi, 2014; MacAndrew, 2014; OSA, 2016; Tufford *et al.*, 2018). En effet, bien que les participants rencontrent le ratio souhaité dans les différents quarts de travail, près de la moitié mentionnent un manque de personnel sur tous les quarts de travail et principalement sur les quarts de soir (13/26 centres) et de nuit (12/26 centres).

D'autre part, alors que certains auteurs (MacAndrew *et al.*, 2017; OSA, 2016) recommandent ou conseillent plus de formations et une accessibilité accrue à celles-ci, une majorité de participants (65 %) considèrent leur formation adéquate en lien avec les dispositifs ou les interventions pour contrôler l'errance intrusive.

6. Discussion

Les questions d'évaluation étaient 1) d'évaluer l'efficacité des interventions ou des dispositifs pour contrôler l'errance; 2) d'évaluer la sécurité de ces interventions ou dispositifs et 3) d'identifier les aspects professionnels et organisationnels reliés au contrôle de l'errance. Différents types de dispositifs et d'interventions sont documentés dans la littérature avec l'objectif de diminuer l'errance en centres d'hébergement ou de diminuer les intrusions dans les chambres des autres résidents, dans des pièces réservées, ou encore pour favoriser la direction et l'orientation des résidents. Les données expérientielles indiquent que plusieurs de ces dispositifs sont toujours très utilisés en centres d'hébergement.

Interventions et dispositifs efficaces

Bien que la littérature ne permette pas de conclure sur l'efficacité des dispositifs relevés, certaines indications tendent à démontrer une diminution de l'errance nocturne par l'utilisation d'une couverture lestée (Nakamura et Yamauchi, 2021). Des bienfaits sur l'anxiété et le comportement d'errance ont aussi été rapportés par un participant concernant ce dispositif.

Une combinaison d'éléments ou de modifications environnementales pourrait également contribuer à une baisse significative de l'errance (Bautrant *et al.*, 2019) ou à une diminution des intrusions, comme rapporté par certains participants. Des observations sur les fréquences de l'errance, les pics de déambulation durant la journée et certains patrons d'errance démontrent de façon significative un lien avec les intrusions (MacAndrew *et al.*, 2017). Elles pourraient s'avérer des particularités utiles à connaître pour chacun des résidents afin de faciliter la gestion de certains épisodes d'errance pouvant mener à des intrusions.

Par ailleurs, l'ensemble des dispositifs ou des interventions rapportés par la littérature et énumérés par les participants ont tous eu une certaine efficacité sur certains résidents à des moments précis. Par exemple, les portes individualisées dans les chambres ont amené une diminution de la marche persistante et de la désorientation spatiale (Varshawsky et Traynor, 2021), comme rapporté par certains participants, pour les cas des résidents qui présentent un stade moins sévère de trouble neurocognitif.

Enfin, les dispositifs utilisés dans les centres d'hébergement sont perçus comme produisant l'effet attendu par plus de la moitié des participants, tandis qu'une certaine inefficacité a été mentionnée en raison de la variabilité des réactions ou des réponses des résidents envers ces derniers.

Sécurité des interventions et dispositifs visant à réduire l'errance

La littérature n'a pas démontré de résultats en lien avec la sécurité des interventions ou dispositifs spécifiques, cependant l'étude de Nakamura et Yamauchi (2021) discute d'une précaution à prendre quant à l'usage sécuritaire de la couverture lestée. La personne qui l'utilise devrait avoir la capacité physique de bouger sous la couverture et être en mesure de la retirer elle-même, au besoin, afin d'éliminer le risque de suffocation. En cas de problèmes de santé cardiovasculaire ou pulmonaire ou d'un trouble neurocognitif, la couverture devrait être utilisée seulement après consultation médicale. Par ailleurs, dans une note de service du CIUSSS de la Capitale-Nationale (CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2022), on constate que les objets ou les couvertures lestées dont le poids est volontairement augmenté sont de plus en plus utilisés dans des buts variés.

On invite les intervenants à être vigilants lors de l'utilisation de ce type de dispositif. Peu de données probantes en lien avec la sécurité et l'efficacité de ce dispositif ont été rapportées pour la population des aînés (AETMIS, 2010). Le jugement du personnel soignant est déterminant quant à l'aspect sécuritaire des dispositifs utilisés.

Certains dispositifs ont été délaissés ou sont utilisés de façon plus sporadique dans les centres d'hébergement participant au projet. Une large proportion (85 %) perçoit ces dispositifs comme tout à fait sécuritaires, mais 15 % des participants mentionnent qu'ils sont plus ou moins sécuritaires, principalement à cause de l'utilisation de la demi-porte. En effet, le MSSS n'encourage pas son utilisation en raison des risques de sécurité et de l'atteinte aux droits de la personne que ce dispositif entraîne (MSSS, 2015). Son utilisation doit se limiter aux situations où il n'y a pas d'autres solutions envisageables. Cependant, un rapport du MSSS suggère l'utilisation d'une porte pleine avec fenêtre qui serait plus sécuritaire (MSSS, 2015).

Dispositifs électroniques

Différents types de dispositifs et d'interventions électroniques sont documentés dans la littérature avec l'objectif de diminuer l'errance ou de diminuer les intrusions dans les chambres des autres résidents, sans toutefois faire l'objet d'étude clinique. Certaines études sur les dispositifs électroniques se sont intéressées à la classification automatique des patrons d'errance en développant des algorithmes de détection (Vuong *et al.*, 2014) ou proposent un système de capteurs infrarouges afin de détecter des patrons d'errance chez des participants volontaires ne présentant pas de symptôme neurocognitif (Lin, Zhao et Wang, 2018).

De façon générale, plusieurs types de systèmes électroniques sont utilisés dans un but de localisation. Le système de localisation mondial *global positioning system* (GPS) utilise des transmetteurs qui envoient des signaux à un réseau de satellites de télécommunication, qui retransmettent le signal par les réseaux mobiles via un ordinateur (ACMTS, 2016). Ces dispositifs peuvent être utilisés pour créer des zones géographiques virtuelles et alerter lorsqu'un usager sort d'une zone sécuritaire (ACMTS, 2016). Les dispositifs peuvent être intégrés à un bracelet, un pendentif, une semelle de chaussure (Sauer, 2018) ou à d'autres accessoires pouvant être fixés aux vêtements ou à des objets physiques.

D'autres dispositifs fonctionnent à l'aide de fréquence radio (RF); ils utilisent un émetteur d'ondes radio de faibles fréquences qui peuvent être captées par une antenne. La nature des ondes limite leur utilisation à des zones géographiques restreintes. Un des systèmes les plus simples consiste en un tag RFID (*electronic radio frequency identification*) qui peut prendre la forme d'un bracelet porté par un résident avec des détecteurs de proximité placés sur certaines portes pour en restreindre l'accès. Le bracelet contient un transmetteur avec un code d'identité (ACMTS, 2016).

Certains dispositifs combinent des systèmes Wi-Fi et *Bluetooth*. Un système de redirection pour l'errance nocturne a été développé par des chercheurs de *CanAssist* de l'Université de Victoria en Colombie-Britannique. Ce système appelé *Wandering Redirect System* présente des messages audio, vidéo ou textes composés par les aidants sur un écran de la taille d'une tablette disposé sur la porte à l'intérieur. Lorsqu'un capteur active le dispositif, les messages rappellent à la personne que c'est la nuit et de ne pas sortir (ACMTS, 2016).

Enfin, certaines applications combinent les technologies GPS, Wi-Fi et *Bluetooth* afin de permettre une localisation intérieure et extérieure. À l'aide de balises appelées *beacon*, la localisation en temps réel peut également être enregistrée sous forme de trajets; elle permettrait aussi de constater certains patrons

d'errance (Wei Jie Teo *et al.*, 2022). Plusieurs traceurs GPS utilisant des technologies semblables sont en forte croissance sur le marché. Ils sont destinés aux familles ou aux résidents vivant avec des TNCM qui demeurent toujours à leur domicile. D'autres exemples de dispositifs disponibles sur le marché sont mentionnés à l'**annexe VI**.

Ressources humaines et formation

Le manque de ressources humaines signalé dans la littérature et relevé également par les participants à cette évaluation soulève le problème d'une dotation inadéquate du personnel. En effet, les ratios statiques utilisés dans la plupart des centres d'hébergement se présentent sous la forme de personnel défini selon le nombre de lits présents dans les unités d'un établissement. Ces ratios comportent certaines limites et ne permettent aucun ajustement lorsque la clientèle et les défis changent. Par exemple, les résidents qui expriment ouvertement leur résistance face aux soins ou aux comportements d'errance intrusive nécessiteront une supervision accrue (Voyer, Savoie et Rey, 2021).

Un modèle récent de dotation équilibrée est proposé afin de s'adapter davantage à l'évolution des besoins des usagers (Voyer, Savoie et Rey, 2021). La dotation équilibrée pourrait favoriser l'équité entre les résidents, l'équité entre les tâches des soignants, optimiser les rôles du personnel et favoriser l'entraide. Le concept de dotation évolutive, quant à lui, permet un ajustement mensuel en fonction des profils d'autonomie des résidents, des données cliniques, des comportements ainsi que de la charge de travail perçue par le personnel des unités. Un outil numérique de performance organisationnelle pour les gestionnaires de proximité est également disponible (Voyer, Savoie et Rey, 2021).

D'autre part, comme mentionné précédemment, alors que certains auteurs (MacAndrew *et al.*, 2017; OSA, 2016) recommandent ou conseillent plus de formation, une majorité de participants considère leur formation adéquate en lien avec les dispositifs ou interventions pour contrôler l'errance intrusive. Certains liens de formation sont disponibles à l'**annexe VI** afin de bonifier les suggestions émises dans la littérature concernant l'accessibilité à diverses formations continues offertes en ligne ou en présentiel sur le développement des compétences dans les soins aux aînés.

6.1 Forces et limites

La force de cette ETMISSS réside dans l'utilisation d'une méthode systématique de revue de la littérature avec une stratégie de recherche documentaire solide et reproductible et une transparence de réalisation. Du fait qu'il s'agit d'une ETMI abrégée, les dimensions professionnelles/organisationnelles, de l'efficacité et de la sécurité sont couvertes alors que d'autres dimensions telles que l'éthique et les aspects légaux ne le sont pas. Ces dimensions devraient toutefois être considérées lors de la mise en place de dispositifs et d'interventions visant à réduire l'errance intrusive.

Il semble y avoir peu de recherche sur l'errance chez les populations vivant avec des TNCM dans les centres d'hébergement collectifs. De plus, dans les études repérées, la population étudiée comporte un nombre relativement faible de participants, ce qui ne permet pas d'analyse statistique ou la généralisation des résultats. Les troubles neurocognitifs que vivent les résidents contribuent également à la difficulté reliée aux études cliniques en centres d'hébergement comme le constatent certains auteurs.

Une autre force de cette ETMISSS réside dans la collecte de données expérientielles auprès de 26 centres d'hébergement. Cependant, ces derniers l'ont fait de façon volontaire, de même que les personnes qui les représentent. Ceci pourrait avoir introduit un biais de sélection alors que seulement les centres et les personnes intéressées se sont manifestés et ont répondu aux questions. De plus, il est possible que le résultat expérientiel concernant la satisfaction des formations offertes au personnel soit biaisé par le fait que la moitié des répondants ait la responsabilité de faire la gestion de ces formations. Certains dispositifs utilisés depuis plusieurs années selon les données expérientielles n'ont pas été repérés dans la recherche documentaire. Ceci s'expliquerait par le fait que le recensement de la littérature ne couvrait que la dernière décennie.

7. Constats

L'hétérogénéité des résultats de cette ETMISSS n'a pas permis d'évaluer un niveau de preuve scientifique en lien avec les dispositifs identifiés dans la littérature. Par conséquent, les constats présentés ici sont basés sur la qualité méthodologique des études scientifiques, la crédibilité des documents de littérature grise et les données expérientielles recueillies.

7.1 Efficacité des dispositifs répertoriés

Plusieurs dispositifs ont été identifiés dans la littérature et dans les données expérientielles. Cependant, rares sont les études cliniques qui ont évalué l'efficacité de ces derniers sur l'errance intrusive dans les centres d'hébergement collectifs.

7.2 Sécurité des dispositifs répertoriés

Aucune publication dans la littérature ne fournit d'évidence sur l'aspect sécuritaire des dispositifs ou des interventions identifiés. Un dispositif ou une intervention comporte toujours un certain risque et une utilisation prudente doit être faite comme le précise les participants ayant répondu au questionnaire et qui ont retiré ou cessé d'utiliser certains dispositifs jugés non sécuritaires.

7.3 Aspects organisationnels liés au contrôle de l'errance

Certaines études et les données expérientielles ont identifié le ratio personnel/résident et la formation du personnel comme des aspects organisationnels importants en lien avec le contrôle de l'errance.

L'importance du ratio personnel/usager a été relevée à la fois dans la littérature et les données expérientielles. Les études retenues recommandent la révision des ratios du personnel soignant afin de superviser, d'intervenir plus rapidement, de mieux diriger et d'encadrer les résidents ayant des besoins plus complexes.

Les auteurs de ces études recommandent l'éducation et la formation des employés sur la gestion des incidents, incluant le rapport de ces événements de façon uniforme. Ces auteurs suggèrent de mettre l'accent sur l'éducation du personnel afin de connaître les habitudes d'errance des résidents et ainsi faciliter l'évaluation et la gestion des intrusions.

8. Conclusion

Plusieurs dispositifs ou interventions visant une diminution de l'errance ont été identifiés. Cependant, l'examen des données probantes issues de la littérature ainsi que les données expérientielles recueillies ne permettent pas de se prononcer sur l'efficacité et sur la sécurité des dispositifs utilisés pour contrôler l'errance intrusive.

Bien que la plupart des dispositifs repérés dans la littérature ont aussi été identifiés par les participants à l'enquête, certaines études suggèrent des pistes de solution qui n'avaient pas été repérées par les participants telles que les bracelets de type *Wander Guard*, l'observation de la fréquence, des pics de déambulation et des patrons d'errance pour aider à la mise en place de stratégies de gestion, ainsi que le port de vêtements de couleurs différentes selon le quart de travail, afin d'aider les résidents à s'orienter dans le temps. Certains centres d'hébergement ont aussi créé ou modifié des dispositifs afin de résoudre le problème des intrusions tels que des rideaux ou des banderoles artisanales dans les portes de chambres. Les pratiques sont toutefois peu documentées et peu standardisées d'un établissement à l'autre.

Les caractéristiques et les causes de l'errance peuvent être idiosyncrasiques et les stratégies pour la gestion de ce comportement propre à chaque individu. Une seule approche ne peut pas convenir à tous les résidents de façon équivalente. La créativité des dispositifs et des interventions est encouragée dans un cadre sécuritaire afin de répondre aux besoins et à l'autonomie des résidents ainsi qu'à leurs préférences, à leurs valeurs et à leurs croyances. Les données recueillies sur le terrain indiquent qu'un plus grand partage d'information en lien avec les dispositifs utilisés ou la documentation des incidents reliés à l'errance pourraient profiter à tous les centres d'hébergement.

Il est primordial de rappeler que la recherche des causes du comportement d'errance est fondamentale. Les besoins physiques, psychologiques, sociaux ou même religieux ont été soulevés par la littérature et certains participants. La littérature sur les activités et les thérapies occupationnelles ou sensorielles est abondante et pourrait amener d'autres pistes de solutions.

La réalisation d'études cliniques utilisant des outils standardisés et un nombre suffisant de résidents seraient nécessaires afin de documenter les différentes interventions et les dispositifs utilisés dans les centres d'hébergement. À cet effet, la documentation de ces dispositifs ou de ces interventions pourra aider au partage d'information à court terme et à la recherche future.

Références bibliographiques

- Adekoya, A. A., Guse, L. (2019). Wandering behavior from the perspectives of older adults with mild to moderate dementia in long-term care. *Res Gerontol Nurs*, 12 (5): 239-247.
- Adekoya, A. (2021). Wandering behaviour in long-term care homes: family perspectives. *Perspective*, 42 (2) : 16-28.
- ACMTS (2016). Utilisation de localisateurs GPS pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, Notes de l'ACMTS sur les technologies en émergence, numéro 147.
- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) (2010). Couverture et vestes lestées : sécurité, efficacité et enjeux de leur utilisation dans différents cadres d'interventions. Rapport préparé par Sylvie Beauchamp. 6 (5) : 1-53.
- Agrawal, A. K. et al. (2021). Approach to management of wandering in dementia: ethical and legal issue. *Indian J Psychol Med*, 43(5 suppl): S53-S59. DOI:10.1177/02537176211030979.
- Algase, L. et al. (2010). Wandering and the physical environment. *American journal of Alzheimer's disease & other dementias*. 25(4): 340-346.
- Aloulou, H. et al. (2013). Deployment of assistive living technology in a nursing home environment: Methods and lessons learned. *BMC Medical informatics and decision making*, 13(42): 1-17.
- Altus, D. E., Mathews, R. M., Xaverius, P. K., Engelman, K. K. & Nolan, B. A. D. (2000). Evaluating an electronic monitoring system for people who wander. *American journal of Alzheimer's Disease*, 15,121-125. Doi: 10.1177/153 331 750 001 500 201.
- Aud, M. A. (2004). Dangerous wandering: elopements of older adults with dementia from long-term care facilities. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 19(6), 361–368.
- Beattie, E. R., Algase, D. L., & Song, J. (2004). Keeping wandering nursing home residents at the table: Improving food intake using a behavioral communication intervention. *Aging and Mental Health*, 8(2), 109–116.
<https://doi.org/10.1080/13607860410001649617>
- Bautrant, T. et al. (2019). Impact of environmental modifications to enhance day-night orientation on behavior of nursing home residents with dementia. *Jamda*, 20: 377-381.
- Canadian agency for drugs and technologies in health (2019). Dementia villages: Innovative residential care for people with dementia (178).
- Canadian agency for drugs and technologies in health (2011). Wander prevention systems for patients with dementia: Clinical effectiveness, safety, and cost-effectiveness. Rapid response reports: summary of abstracts. www.cadth.ca
- Caspi, E. (2014). Wayfinding difficulties among elders with dementia in an assisted living residence. *Dementia*, 13(4), 429-450.
- Cheung, J. C. et al. (2022). A night-time monitoring system (eNightLog) to prevent elderly wandering in hostels: A three-month field study. *Int J Environ Res Public Health*, 19(4):2103. DOI : 10.3390/ijerph19042103
- CIUSSS de la Capitale-Nationale (2022). Note de service : Utilisation d'objets lestés et mesures de contrôle.
- CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean (2019). Guide d'accueil en unité prothétique,
[G-SAPA-CHSLD-unite-prothetique-06-06-2019.pdf \(gouv.qc.ca\)](https://www.gouv.qc.ca/g-sapa-chsld-unite-prothetique-06-06-2019.pdf)
- Cutler, L., & Kane, R. (2002). Environments for privacy, safety, and movement of persons with dementia: Maximal privacy + moderate barriers + minimal intrusion. *Alzheimer's Care Quarterly*, 3(1), 50–54.
- Dementia villages: Innovative residential care for people with dementia. Ottawa. CADTH. (2019, Oct). (CADTH Issues in emerging health technologies, Issue 178).
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2015). 5th ed., American Psychiatric Association.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- EUnetHTA (2010). *EUnetHTA Joint Action 2010-2012, Stakeholder Involvement Policy*.
- Gibson, M.C. et al. (2004). Orientation behaviors in residents relocated to a redesigned dementia care unit. 19(1), 45-49.
- Graham, M.E. (2017). From wandering to wayfaring: reconsidering movement in people with dementia in long-term care. *Dementia*, 16(6): 732-749.
- Gu, L. et al. (2015). Nursing interventions in managing wandering behavior in patients with dementia: a literature review. *Arch Psychiatr Nurs*, 29 (6): 454-457.
- Huang, J. (2021). Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA. **Agnosie – Troubles neurologiques – Édition professionnelle du Manuel MSD (msdmanuals.com)**
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2014). *Consultation des parties prenantes. Document de référence*. Montréal, Québec : Rapport rédigé par Monique Fournier et Pierre Dagenais.

- INESSS (2017). *Élaboration et adaptation des guides de pratique*. Christine Lobè, Jolianne Renaud, Joëlle Brassard et Monique Fournier. Québec, Qc : INESSS; 94 p.
- Jones, C. & Moyle, W. (2020). A feasibility study of *Dreampad™* on sleep, wandering and agitated behaviors in people living with dementia. *Geriatric nursing*, 41: 782-789.
- Khachiyants, N. et al. 2011. Sundown syndrome in persons with dementia: An update. Korean Neuropsychiatric Association. pp275-287. <http://dx.doi.org/10.4306/pi.2011.8.4.275>
- Kmet, L. M., Cook, L. S., Lee, R. C. (2004). HTA Initiative # 13. Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. Health Technology Assessment Unit, Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 23 p.
- Lin, Q., Zhao, W. C. and Wang, W. L. (2018). Detecting dementia-related wandering locomotion of elders by leveraging active infrared sensors. *Journal of Computer and Communications*, 6, 94-105. <https://doi.org/10.4236/jcc.2018.65008>
- MacAndrew, M. (2014). *A descriptive study of wandering-related boundary transgression in persons with severe dementia in residential aged care* (thèse de Doctorat, Queensland University technology). 373 p.
- MacAndrew, M., Beattie, E., O'Reilly, M., Kolanowski, A. (2015). The trajectory of tolerance for wandering-related boundary transgression: an exploration of care staff and family perceptions. *The Gerontologist*, 57(3): 451-460.
- MacAndrew, M., Fielding, E., Kolanowski, A., O'Reilly, M. Beattie, E. (2017). Observing wandering-related boundary transgression in people with severe dementia. *Aging and mental Health*, 21(11): 1197-1205.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). Programme de formation. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle.
- Nakamura, M. & Yamauchi, N. (2021). A case of effective usage of a weighted blanket for a person with severe dementia. *Psychogeriatrics*, 21: 239-242.
- Nelson, A., & Algase, D. L. (2007). Evidence-based protocol for managing wandering behavior. New York, USA: Springer Publishing Company.
- Office of the Seniors Advocate (2016). Resident to resident aggression in B.C. care homes. 27 p.
- Rapport Société Alzheimer (2022). Les troubles neurocognitifs au Canada : Quelle direction à l'avenir ? 59 p.
- Rapp, M., & Gutzmann, H. (2000). Invasion of personal space in demented and nondemented elderly persons. *International Psychogeriatric Association*. 12 (3), 345-352. <https://doi.org/10.1017/S10461020000644X>
- Régie du bâtiment du Québec : **Camouflage des portes d'issue et d'accès à l'issue – Régie du bâtiment du Québec (gouv.qc.ca)**
- Rey, S., Voyer, P. et Juneau, L. (2016). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. *Prise en charge des SCPD. Recherche*, septembre-octobre, vol. 13, no 4 ; 56-60.
- Rey, S., & Imbeault, S. (2021). L'errance. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (3 éd.) (pp. 510-524). Pearson – Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Samson, D. and Schoelles, K.M. (2012). Chapter 2: Medical Tests Guidance (2) Developing the Topic and Structuring Systematic Reviews of Medical Tests: Utility of PICOTS, Analytic Frameworks, Decision Trees, and Other Frameworks. *J Gen Intern Med* 27(Suppl 1): S11-9.
- Sauer, A. (2018). Alzheimer.net 10 Lifesaving location devices for dementia patients.
- Société Alzheimer du Canada. (2011). Lignes directrices sur les soins centrés sur la personne. *Prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée qui vivent dans un foyer de soins de longue durée*. 67 p.
- Statistique Canada (2013). *Tableau 13-10-0468-01 Problèmes neurologiques dans les établissements*. DOI : 10.25318/1310046801-fra
- Strubel, D., Corti, M. (2008). La déambulation chez les patients déments. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 6 (4), 259-264.
- Tilly, J. (2015). Responding to the wandering and exit-seeking behaviors of people with dementia. *Administration for Community Living*.
- Termium Plus. Agnosie. [En ligne]. 2018 [cité le 7 sept. 2022].
- Tufford, F. et al. (2018). "Call security: Locks, risk, privacy and autonomy in long-term residential care". *Ageing Int*, 43: 34-52.

- Tyndall, J. (2010). The AACODS checklist is designed to enable evaluation and critical appraisal of grey literature.
https://dspace.flinders.edu.au/xmlui/bitstream/handle/2328/3326/AACODS_Checklist.pdf;jsessionid=E966A7C662BA91F2FF6E8D24225CF4DB?sequence=4
- Varshawsky, A. L. & Traynor, V. (2021). Graphic designed bedroom doors to support dementia wandering in residential care homes: Innovative practice. *Dementia*, 20(1): 348-354.
- Voyer, P. (2016). Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD. <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-chsld/programme-et-presentation/#journee-17-novembre>
- Voyer, P., Allaire, É. (2020). Comment transformer un CHSLD en centre Alzheimer ? Guide de transformation. Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale et de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, Québec.
- Voyer, P., Savoie, C., et Rey, S. (2021). Passer d'une dotation statique à une dotation équilibrée pour offrir une réponse adaptée aux aînés en perte d'autonomie en milieu d'hébergement. Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec.
- Vuong, N., Chan, S. & Lau, C. (2014). Automated detection of wandering patterns in people with dementia. *Gerontechnology*, 2014. 12(3): p. 127-14.
- Vuong N.K. *et al.* (2015). Preliminary results of using inertial sensors to detect dementia- related wandering patterns. *Annu Int Conf IEEE Eng Med Biol Soc.* p. 3703-3706.
- Wei Jie, T., *et al.* (2022). SingTRACeX: navigation system to address wandering behavior for elders and their caregivers. *Computings and informatics*, 41:646-664.

Annexe I : Stratégie de recherche documentaire

Auteur : Frédéric Roy, bibliothécaire

1. Recherche dans les bases de données

1.1 Bases de données interrogées

- *Medline (Ovid)*
- *Embase (Ovid)*
- *Cinahl (Ebsco)*

1.2 Date de la recherche : 17 février 2023

1.3 Concepts et exemples de mots-clés

ERRANCE INTRUSIVE	TROUBLES DE SANTÉ MENTALE	MÉCANISMES
Aberrant motor behavio*	Cognitive disorder	Intervention*
Wandering behavio*	Mental disorder*	Alarm?
Ambulant	Neurocognitive disorder*	Surveillance
Intrusion	Alzheimer*	Radar
Boundaries transgres*	Dement*	Prevention
...	Confus*	Mechanism*
 *

1.4 Limites et filtres

Années : janvier 2010 à février 2023

Langues : anglais et français

Type de documents : aucune limite

1.5 Bilan des recherches

Données pour le *Flow Diagram*

BASE DE DONNÉES	NB DE RÉSULTATS RECHERCHE INITIALE 17 FÉVRIER 2023
<i>Medline (Ovid)</i>	1177
<i>PsycInfo (Ovid)</i>	632
<i>CINAHL (Ebsco)</i>	566
Total avant retrait des doublons	2375
Doublons	776

Limites de la recherche :

Une limite de date a été appliquée à l'ensemble des stratégies : 2010-2023.

PsycInfo (Ovid)

Date de la dernière recherche : 17 février 2023

Nombre de résultats : 632 résultats

1	Wandering behavior/
2	((aimless adj 2 walk*) or Wander* or Deambulat* or Ambulant or Astray or (bed adj2 exit*) or (boundar* adj 2 transgres*) or perigrinat* or rambl* or "Aberrant motor behavio*" or Traipse or Rove or Roving or Roam* or Elop* or Gallivant or Transgress* or Intrusion or Intrud* or Invasion). ab, ti.
3	1 or 2
4	Cognitive impairment/ or Dementia/ or Alzheimer's Disease/ or Mental Disorders/ or Neurocognitive Disorders/ or Delirium/ or Mental Confusion/
5	(Alzheimer* or BPSD or ((cogniti* or intellectual* or mental* or Neurocogniti*) adj2 (accident* or abnormal* or challeng* or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disabilit* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or incapacit* or limit* or loss or problem* or trouble?)) or dement* or deliri* or delusion or confus*).ab,ti.
6	4 or 5
7	(Alarm? or Approach?? Or Detect* or Surveillance or Intervention* or Monitor* or Track* or Locat* or Locali* or Sensor* or Lock* or Positioning or Prevent* or Radar or Sensing or Sensor* or Reduc* or Mechanism* or Manage? or Management or Managing or Position* or Solution? or Technique? or Application* or Track* or characteristic? or perception? or perceiv* or perspective? or understand*).ab,ti.
8	3 and 6 and 7
9	limit 8 to yr=" 2010 – Current"

CINAHL (Ebsco)

Date de la dernière recherche : 17 février 2023

Nombre de résultats : 566 résultats

1	MH Wandering behavior or Wandering Control (Saba CCC)
2	AB ((aimless N1 walk*) or Wander* or Deambulat* or Ambulant or Astray or (bed N1 exit*) or (boundar* N1 transgres*) or perigrinat* or rambl* or "Aberrant motor behavior*" or Traipse or Rove or Roving or Roam* or Elop* or Gallivant or Transgress* or Intrusion or Intrud* or Invasion)
3	TI ((aimless N1 walk*) or Wander* or Deambulat* or Ambulant or Astray or (bed N1 exit*) or (boundar* N1 transgres*) or perigrinat* or rambl* or "Aberrant motor behavior*" or Traipse or Rove or Roving or Roam* or Elop* or Gallivant or Transgress* or Intrusion or Intrud* or Invasion)
4	S1 or S2 or S3
5	MH Cognition disorders or Dementia or Alzheimer's Disease or Mental disorders or Confusion or Delirium or Confusion (Saba CCC)
6	AB (Alzheimer* or BPSD or ((cogniti* or intellectual* or mental* or Neurocogniti*) N1 (accident* or abnormal* or challeng* or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disabilit* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or incapacit* or limit* or loss or problem* or trouble?)) or dement* or deliri*or delusion or confus*)
7	TI (Alzheimer* or BPSD or ((cogniti* or intellectual* or mental* or Neurocogniti*) N1 (accident* or abnormal* or challeng* or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disabilit* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or incapacit* or limit* or loss or problem* or trouble?)) or dement* or deliri*or delusion or confus*)
8	S5 or S6 or S7
9	AB (Alarm? or Approach?? Or Detect* or Surveillance or Intervention* or Monitor* or Track* or Locat* or Locali* or Sensor* or Lock* or Positioning or Prevent* or Radar or Sensing or Sensor* or Reduc* or Mechanism* or Manage? or Management or Managing or Position* or Solution? or Technique? or Application* or Track* or characteristic? or perception? or perceiv* or perspective? or understand*)
10	TI (Alarm? or Approach?? Or Detect* or Surveillance or Intervention* or Monitor* or Track* or Locat* or Locali* or Sensor* or Lock* or Positioning or Prevent* or Radar or Sensing or Sensor* or Reduc* or Mechanism* or Manage? or Management or Managing or Position* or Solution? or Technique? or Application* or Track* or characteristic? or perception? or perceiv* or perspective? or understand*)
11	S9 or S10
12	S4 and S8 and S11
13	Limiter manuellement les dates 2010 – Current

Annexe II : Recherche de littérature grise

1. Recherche de la littérature grise

1.1 Moteurs de recherche

- *Google*
- *Google Scholar*

1.2 Date de la recherche

La recherche a été effectuée du 25 avril 2023 au 19 mai 2023.

1.3 Bilan des recherches

RESSOURCES		NOMBRE DE TITRES ET RÉSUMÉS EXAMINÉS
<i>Google, site Web</i>	23 sites d'organisations et autres ressources	1224
<i>Google Scholar</i>	9 stratégies de mots-clés	900
Doublons		4
Références retenues		3

Annexe III : Tableau d'extraction

AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF	DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS MESURES	INTERVENTION	RÉSULTATS D'INTÉRÊT
Algase DL 2010 É. -U.	Examiner l'influence de l'environnement physique sur le comportement d'errance.	Quantitatif, transversal, descriptif Critères d'inclusion : Ambulatoire, régime stable de Rx ou pas de médicament, parle anglais, score inférieur à 24 sur MMSE Qualité : Élevée (91 %)	122 personnes errantes de 28 centres de soins de longue durée Vidéo : 10-12x 20 minutes aléatoire sur 2 journées non consécutives dans leur milieu 1060 observations totales • Environnement physique : son, lumière, température et humidité mesurés à t=0, t=10', t=20' • Ambiance environnement (de -2 à +2) • Surpeuplement (absence ou présence de gens à 8' du participant)	N/A	526/1060 périodes d'observations démontrent de l'errance (49,62 %) Errance localisée dans 11 lieux 80 % du temps dans : <ul style="list-style-type: none"> • Leur propre chambre (32 %) • La salle de séjour (<i>dayroom</i>) (20 %) • Le corridor (17 %) • La salle à manger (11 %) 20 % du temps : Hall d'entrée (5 %) Chambres d'autres résidents (2-3 %) <ul style="list-style-type: none"> • Salle d'activités (2-3 %) • Salle des employés (2-3 %) • Autres : <i>off-unit location</i> (2-3 %) • Salle de bain (moins de 2 %) • Extérieur (moins de 2 %) Observations sur l'errance (<i>was more likely to be wandering</i>) <ul style="list-style-type: none"> • Autres chambres de résidents (60 %) • Corridors (73 %) • Salle de bain (92 %) • Autres (72 %) Résidents « ont l'air de faire moins d'errance » dans : <ul style="list-style-type: none"> • Salle à manger (32 %) • Salle de séjour (38 %) et salle d'activités (40 %), salle d'employés (40 %) ainsi que leur propre chambre (32 %)

AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF	DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS MESURES	INTERVENTION	RÉSULTATS D'INTÉRÊT
Aloulou 2013 Singapour	Présenter une approche de déploiement d'un système (AAL) pour assistance aux activités quotidiennes (ADLS) et en évaluer la performance et la convivialité dans des conditions réelles.	Mixte Séquentiel Qualité : Bonne (75 %)	8 patients vivant avec la démence au stade modéré (stade 5) selon le <i>Global deterioration scale</i> (GDS) 2 professionnels (soignants) Dans 3 chambres d'une maison de repos Durée de l'intervention : 14 mois Sessions d'observations Groupes de discussion Sondage (questionnaire) Comportements anormaux (durée de la douche trop longue, oubli de fermer le robinet, oubli de tirer la chasse d'eau, dormir dans un autre lit, errance)	Ensemble combiné de capteurs de pression et de mouvement; logiciel qui envoie l'info à un téléphone intelligent et à une console (non intrusif, pas d'enregistrement vidéo ou audio, adaptable et évolutif pour différents patients, besoins et profils) Bracelet d'identification pour les résidents qui fonctionne à l'aide de fréquences radio (RFID) Lecteurs RFID placés aux lits ou entrées de salles de bain Les 2 premières étapes avec les professionnels seulement. Ensuite avec les résidents.	Une plus grande luminosité, les variations de sons, la proximité des autres et un environnement plus « engageant » sont favorables à l'errance, tandis qu'une ambiance apaisante a l'effet opposé. L'auteur rapporte dans sa conclusion qu'il a démontré l'efficacité d'un système capable de détecter les signes de détérioration de la santé et les comportements anormaux des résidents vivant avec la démence en centre d'hébergement. Une démonstration faite en laboratoire (Lab Démo) a été présentée au personnel puis testée en situation réelle en tant que prototype (<u>sans les résidents</u>) : - Utiliser le mauvais lit - Ne pas dormir la nuit - Douche trop longue - Douche sans savon 4 services d'assistance ont été choisis pour la dernière étape d'implantation (avec résidents) : - Faire de l'errance la nuit - Douche trop longue - Laisser les robinets ouverts - Détection de chutes à la salle de bain Les professionnels considèrent que les rappels et notifications les aident à les informer de la situation des résidents. Les professionnels considèrent que les notifications envoyées aux patients encouragent à penser par eux-mêmes et aide à garder un niveau d'indépendance. Le professionnel devrait intervenir seulement si le résident ne peut résoudre son problème. Problèmes partiels de cette technologie : - Technologie sans fil : problème de fonctionnement dans un endroit où les murs sont épais.

AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF	DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS MESURES	INTERVENTION	RÉSULTATS D'INTÉRÊT
Bautrant 2019 France	Déterminer si un réaménagement environnemental peut affecter les symptômes BPSD (symptômes psychologiques et comportementaux) de résidents vivant avec de la démence dans les centres de soins de longue durée.	Quantitatif Quasi- expérimental Avant-après Qualité : Élevée (91 %)	N=19 résidents d'une unité protégée, de plus de 65 ans souffrant d'Alzheimer et maladies apparentées Étude sur 6 mois (2 phases de 3 mois) 5 mois entre les deux phases Mesures prises avant (phase 1) et après (phase 2) les réaménagements environnementaux La durée et le nombre des comportements perturbateurs (BPSD) analysés pendant 24 h ou durant les heures (18 h à minuit) à chaque période de 3 mois	Réaménagement de plafonds dans les locaux partagés (carreaux imitant le ciel) Diminution progressive de la lumière en soirée (18 h à 20 h) combinée à une musique apaisante et luminosité accrue durant le jour Peinture de couleur beige sur les murs Horloge surdimensionnée dans les corridors Vêtements du personnel de couleurs différentes entre l'équipe de jour (bleu pâle) et l'équipe de soir/nuit (bleu foncé)	Le nombre de résidents démontrant de l'errance a diminué de façon significative en phase 2 (après les changements environnementaux) sur une période de 24 h (passe de 10 à 4, p=0,091, donc 10/19 patients présentaient de l'errance au départ). La durée moyenne et le nombre d'épisodes d'errance ont diminué de façon significative en phase 2 sur une période de 24 h (passe de 4 à 1 épisode et de 112 à 39 minutes) et durant les heures tardives (passe de 3 à 1 et de 107 minutes à 34 minutes).
CADTH 2011 Canada	Questions de recherche : 1- Quelles sont les évidences cliniques sur l'efficacité et la sécurité des systèmes de prévention de l'errance dans les centres de soins de longue durée ? 2- Quels sont les coûts de ces systèmes ?	Réponse rapide d'ETMI Qualité : Moyenne	Recherche documentaire effectuée de janvier 2006 à juillet 2011 Critères d'inclusion et d'exclusion <u>non décrits</u> Préparation à partir de la lecture de résumés N=4 documents retenus		Les résultats sont limités en ce qui concerne l'efficacité et la sécurité des systèmes de prévention de l'errance dans les centres de soins de longue durée pour les résidents vivant avec la démence. Une revue systématique (Hodgkinson <i>et al.</i> , 2007) conclut que les dispositifs de localisation peuvent aider à la localisation rapide des résidents qui font de l'errance (preuve de niveau faible). Note : La revue systématique contient certains articles qui relèvent de l'errance évasive.

AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF	DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS MESURES	INTERVENTION	RÉSULTATS D'INTÉRÊT
Caspi 2014 É. -U.	Identifier les difficultés d'orientation de résidents dans une unité fermée d'un centre d'hébergement.	Qualitatif, ethnographique Qualité : Élevée (90 %)	N=12 résidents avec TNC présentant des états émotionnels négatifs et/ou des difficultés comportementales sur une base continue Étude sur 10 mois <u>Phase 1</u> : 2,5 mois Familiarisation à l'environnement, sélection, consentement <u>Phase 2</u> : 8 mois Collecte de données : documenter les incidents ou états émotionnels et comportements négatifs 13 entrevues avec divers employés et gestionnaires dans les 3 dernières semaines	N/A	<u>Type de désorientation spatiale, difficultés rencontrées et stratégies :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas reconnaître un endroit (n=2) • Difficulté à retrouver sa propre chambre (n=5) • Entrer par erreur dans les chambres des autres résidents (n=4) • Ne pas se souvenir de son numéro de chambre (n=1) • Lire un numéro de chambre incorrectement (n=1) • Difficulté à trouver les salles de bains publiques ou privées (n=2) • Difficulté à trouver le bon endroit où s'asseoir pour manger (n=2) • Ne pas savoir où est la porte de sortie (n=1) • Incapacité à se remémorer ou à comprendre les instructions de trajet (n=1) • Difficulté à localiser une salle d'activité • Difficulté à rester sur le chemin qui mène d'une activité à l'autre (groupe de résidents fréquent) <ul style="list-style-type: none"> ○ Photos et objets accrochés aux portes des résidents ○ Bracelet avec le numéro de la chambre du résident ○ Murs opposés des corridors de différentes couleurs ○ Redirection des résidents <p>Stratégies du personnel identifiées dans cette étude afin de répondre aux difficultés d'orientation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ratio de personnel augmenté dans les salles d'activités : une infirmière se présente à la salle d'activité 10' avant l'activité et reste jusqu'à la fin et aide à rediriger les résidents avec la personne qui mène l'activité. Une 3^e infirmière semble être présente pour les besoins de base comme aller à la salle de bain pendant l'activité, mais peut représenter un défi en fonction des autres tâches à effectuer parfois. <p>Autre : Approche <i>trailing music out</i> changer de salle et d'activités en chantant ou en s'accompagnant de musique pour faciliter le mouvement (Hanser, 1999).</p>
Jones 2020 Australie	Évaluer les effets du <i>Dreampad™</i> sur la qualité du sommeil et l'errance en lien avec le syndrome.	Mixte Séquentiel Qualité : Adéquate (58 %)	N=4 résidents Patrons d'errance évalués et mesurés par un appareil d'actigraphie portable avant et après l'intervention	Efficacité du <i>Dreampad™</i> sur le sommeil des résidents (durée : 4 semaines)	Efficacité du <i>Dreampad</i> sur l'errance et sur le sommeil n'est pas démontrée. Bonne acceptabilité du <i>Dreampad</i> par les proches et le personnel Nombreuses données manquantes (nombre de pas, durée du sommeil) en raison de la non-adhérence au bracelet <i>SenseWear</i> par les quatre participants.

AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF	DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS MESURES	INTERVENTION	RÉSULTATS D'INTÉRÊT
	<p><i>Sundowning</i> et les comportements d'agitation sur les gens vivant avec la démence.</p> <p><i>Dreampad™</i> : couverture matelassée placée sur un oreiller, reliée à un système MP3/Bluetooth qui diffuse de la musique.</p>		<p>Mesures effectuées à l'aide d'un brassard sur une période de 24 h à 5 reprises</p> <p>Avant le début des traitements et au début de chacune des 4 semaines</p> <p>Le capteur détecte l'errance (nombre de pas)</p> <p>Entrevues post-interventions avec les membres des familles ou employés</p>		<p>Autres raisons de non-utilisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Musique jugée dérangeante - Insomnie causée par inconfort
<p>MacAndrew 2014 Australie</p>	<p>Examiner les caractéristiques de la transgression des limites.</p>	<p>Thèse de doctorat</p> <p>« Une étude descriptive de la transgression des limites liées à l'errance chez les personnes atteintes de démence sévère en résidence pour personnes âgées »</p> <p>Étude descriptive (qualitative)</p> <p>Qualité : Élevée</p>	<p>Phase 1 : groupe de discussion avec infirmières (n=28) et familles (n=12) dans 3 centres</p> <p>Phase 2 : observations de résidents connus pour faire de l'errance et de l'intrusion (n=7) dans 2 centres</p>	N/A	<p>PHASE 1 : interprétative</p> <p>Trajectoire de tolérance sur la perception des résidents qui errent et entrent dans les espaces privés des autres résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peut être tolérée, car le comportement est perçu comme un comportement au-delà du contrôle de la personne en raison de sa déficience cognitive - Ce comportement est souvent non remarqué, à cause de l'absence du résident dans la chambre, soit parce que les résidents sont non territoriaux de leur espace privé apparemment non concernés par les intrusions - Ambivalence lorsque le résident présente de la détresse lors d'une intrusion - Intolérance lorsqu'il y a des impacts négatifs sur le résident qui erre, sur leur corésident ou sur les employées <p>STRATÉGIES :</p> <p>Certains résidents barrent leurs portes, cachent des objets, leurs familles amènent des items importants en plusieurs exemplaires, laissent les items de valeur à la maison.</p> <p>Les employées ferment les portes des résidents qui craignent une intrusion, répondent rapidement aux intrusions lorsqu'elles sont alertées, aident le corésident à comprendre la situation.</p>

AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF	DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS MESURES	INTERVENTION	RÉSULTATS D'INTÉRÊT
					<p>PHASE 2 : observationnelle (lien avec article de MacAndrew, 2017) Les caractéristiques mesurables de transgression des limites peuvent être utilisées dans la gestion du comportement. Prédire QUI et QUAND</p> <p>Stratégies utilisées par familles et employées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supervision et vigilance - Redirection dans les espaces publics <p>Barrières identifiées : manque de ressource au niveau des ratios personnel/résident pour supervision et intervention rapides.</p> <p>Exemple : « même si on a plus de personnel, certaines préposées aux bénéficiaires fonctionnent à la tâche et s'arrêtent lorsqu'elles ont terminé ».</p>
<p>MacAndrew 2017 Australie</p>	<p>1) Décrire les caractéristiques d'errance des résidents présentant des transgressions de limites.</p> <p>2) Associer les caractéristiques aux cycles d'errance et d'intrusions (BT).</p>	<p>Qualitatif, descriptif, exploratoire</p> <p>Échantillon de petite taille</p> <p>Qualité : Élevée (80 %)</p>	<p>N=7 résidents avec démence sévère, âgés de 65 ans et plus, ayant résidés plus de 2 mois en centre d'hébergement, avec historique d'errance avec transgression des limites</p> <p>2 centres d'hébergement</p>	<p>N/A</p>	<p>Les trois caractéristiques d'errance suivante sont associées aux événements de transgression des limites (intrusions) dans cette étude :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- La fréquence des phases de locomotion : plus la fréquence d'errance était élevée, plus un résident démontrait des événements de transgression des limites. 2- Les patrons de déambulation aléatoire et directe mènent à plus d'événements de transgression des limites. 3- La période du pic d'ambulation résulte en plus d'événements de transgression des limites.

AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF	DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS MESURES	INTERVENTION	RÉSULTATS D'INTÉRÊT
			<p>Semaine 1 : Éligibilité, médical, info, <i>Fitbit</i> test pour déterminer période la plus active</p> <p>Semaine 2 : Réculte des données; fréquence, durée, événements BT, patrons de déambulation, localisation et élan « impetus », pics de déambulation</p> <p>92 périodes observées sur 2 jours : 12 à 15 périodes par résident. Entre 6 h et 7,5 h d'observations par personne</p>		<p>Parmi les 4 patrons d'errance (<i>random, lapping, pacing, direct</i>), 2 patrons dominant dans les périodes d'errance observées : le patron de déambulation aléatoire (58 %) et le patron direct (36 %).</p> <p>Les périodes d'intrusions se passent dans 5 % des phases observées (811 phases).</p> <p>13,6 % des phases de locomotion se sont produites dans les espaces privés des autres résidents.</p> <p>Certains résidents ont peu d'événements d'intrusion, mais passent beaucoup de temps dans ces lieux interdits, alors que d'autres résidents ont beaucoup d'événements d'intrusion de courtes durées.</p> <p>Les patrons impliqués dans les événements de transgression des limites dans cette étude sont aléatoires (79 %), directs (12 %) et initiés par le résident lui-même.</p> <p>Lieux des intrusions : chambre (86 %), cuisine (7 %), salle de bain d'un corésident (7 %)</p> <p>La porte des chambres des résidents est <u>ouverte</u> lors d'événements d'intrusion (sauf pour deux événements).</p> <p>Le 2/3 du temps, les résidents n'interagissent pas avec des items de l'environnement ou des personnes lorsqu'ils sont en transgression des limites. Ces événements ne sont donc pas perçus par les autres. Seulement 21 % des phases (95 au total) rencontrent une présence humaine (résident de la chambre, employée).</p> <p>Activités fréquentes observées lors d'une transgression de limite : toucher les meubles, tapoter les surfaces, toucher des items personnels, bouger les items personnels, rester debout près du lit</p> <p>Difficulté à retrouver son chemin (<i>wayfinding</i>) pourrait contribuer également aux événements BT.</p>

AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF	DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS MESURES	INTERVENTION	RÉSULTATS D'INTÉRÊT
					<p>Intervention suggérée par l'auteure : mettre l'accent sur l'éducation des employés à reconnaître les habitudes d'errance des résidents afin de les habiliter à évaluer et à gérer les intrusions et les besoins sous-jacents possiblement non comblés.</p> <p>L'auteure suggère aux employés de fermer les portes des résidents qui sont dérangés par les intrusions en tenant compte de leurs besoins physiques et psychosociaux. De plus, certains centres trouvent utile de recourir aux barrières subjectives telles que des miroirs ou un camouflage.</p>
Nakamura 2021 Japon	Évaluer l'efficacité d'une couverture lestée sur le sommeil et l'errance d'une résidente vivant avec un TNC sévère.	Quantitatif Étude de cas Qualité : Élevée (80 %)	<p>N=1</p> <p>Dame de 80 ans atteinte d'Alzheimer, demeure dans une maison de repos</p> <p>Stade de démence : niveau 3</p> <p><u>Problèmes BPSD</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trouble du sommeil - Jour-nuit renversé - Errance nocturne - Hallucinations <p><u>Mesures</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre moyen d'heures de sommeil/mois - Fréquence des réveils nocturnes - Fréquence de l'errance nocturne - Comportement et état psychosomatique (entrevue) 	Efficacité du sommeil avant et après l'utilisation d'une couverture lestée sur une période de 5 mois	<p>La couverture lestée <i>Weighted Hug Futon (France Bed Co. Ltd, Tokyo, Japan)</i> développée pour le climat du Japon et leur manière de dormir (<i>sleeping style</i>) est efficace pour ce cas clinique.</p> <p>Diminution de la fréquence de l'errance nocturne : de 39,4 % à 13,3 % après 5 mois d'utilisation</p> <p>La durée moyenne du sommeil est passée de 7,9 h par nuit à 8,8 h par nuit après 5 mois d'utilisation et les réveils nocturnes de 39,4 % à 20 %.</p> <p>On constate une augmentation des commentaires positifs du personnel soignant au fil des mois, une diminution de la fréquence de somnolence et une participation active aux activités récréatives durant la journée.</p> <p>Note : Tendance à l'efficacité, mais pas de résultat statistiquement significatif.</p>

AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF	DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS MESURES	INTERVENTION	RÉSULTATS D'INTÉRÊT
<p><i>Office of the Seniors Advocate</i> 2016 Canada</p>	<p>Examiner les lieux, les circonstances, les patrons spécifiques liés aux agressions entre résidents.</p> <p>Obtenir de l'information sur l'atténuation des SCPD (signes comportementaux et psychologiques de la démence) dans les centres d'hébergement.</p>	<p>Rapport avec données primaires</p> <p>Qualité : Élevée</p>	<p>304 sites d'établissements d'hébergement</p> <p>Questionnaires (228 centres d'hébergement) sur ratio personnel/usager, formation sur la démence, conception des installations</p>	N/A	<p>Analyse de la qualité des installations pour lutter contre l'errance et les comportements agressifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les installations avec une moyenne de 103 lits rapportent plus d'incidents que les installations de 89 lits. - Les installations qui rapportent le plus d'incidents sont celles qui ont une proportion plus élevée de chambres privées par rapport aux chambres avec plusieurs lits. - Les heures de soins directs sont inférieures dans les centres ayant plus d'incidents et qui hébergent des résidents aux besoins plus complexes. - Les résultats démontrent que les incidents seraient liés aux établissements qui hébergent des résidents aux besoins plus complexes, suggérant que ces établissements ne reçoivent pas suffisamment d'heures de soins pour gérer adéquatement cette complexité. <p>Il y aurait plus d'incidents lorsque les résidents sont plus jeunes, présentent des difficultés de comportement telles que l'errance et sont plus mobiles.</p> <p>Mécanismes anti-errance (p.12) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alarmes à l'entrée principale (92 % oui, 8 % non) - Alarmes portes internes (68 % oui, 32 % non) - Alarmes escaliers (75 % oui, 25 % non) - Bracelets individuels <i>wander guard</i> (48 % oui, 52 % non) - Matelas anti-chutes et système de laser de détection de mouvements (68 %, 32 %) <p>N. B. Le matelas antichute est inclus dans les mécanismes anti-errance, tel que proposé aussi dans Lee 2018.</p>

AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF	DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS MESURES	INTERVENTION	RÉSULTATS D'INTÉRÊT
					<p>Les bracelets de type <i>wander guard</i> sont une avenue potentielle dans la recherche de solutions pour les résidents qui errent dans la chambre d'un autre résident.</p> <p>« S'assurer que tous les employés ont accès à des formations » Formations données aux employées en 2014-2015 (p. 14) <i>PIECES</i> (64 % oui, 36 % non) <i>GENTLE PERSUASION APPROACH (GPA)</i> (30 % oui, 70 % non) <i>AUTRES</i> (agressions, SCPD) (54 % oui, 47 % non)</p> <p>L'analyse démontre que 39 % des incidents surviennent entre 16 h et 20 h. On l'explique en disant que les employées sont occupées à distribuer le dîner, à assister les résidents et à distribuer les médicaments. 35 % des incidents surviennent dans la chambre des résidents alors que la majorité survient dans les aires communes. Le type d'incident implique de toucher ou prendre les objets de l'autre, ou un résident est confus à propos de l'appartenance de la chambre, prenant le lit ou la salle de bain d'un autre résident. Dans 32 % des centres, le résident qui subit l'intrusion répond par de l'agression; dans 53 % des centres, la personne errante commence le comportement d'agression, 15 % ne savent pas.</p> <p>Recommandations (p. 26)</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'OSA recommande la révision des ratios pour les résidents ayant des besoins plus complexes et spécialement durant les heures plus occupées telles que les heures de repas. - L'OSA recommande davantage de formations reliées aux incidents. - L'OSA reconnaît qu'il y a déjà des mécanismes anti-errance en place, mais propose d'explorer l'utilisation de systèmes de verrouillage pour les chambres privées afin d'atténuer les comportements d'errance.

AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF	DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS MESURES	INTERVENTION	RÉSULTATS D'INTÉRÊT
Tufford 2018 Canada	Comparer l'utilisation et les perceptions des gens dans les centres d'hébergement sur le verrouillage des portes ou des unités versus les unités qui utilisent des espaces ouverts, et leurs effets sur la sécurité, l'intimité et la qualité de vie des résidents.	Qualitatif ethnographique Biais possible : observations réalisées par plusieurs chercheurs de pays et disciplines variées Étude qualitative : Adéquate (65 %)	285 entrevues menées sur 10 sites avec les membres de la direction, les prestataires de soins de santé, le personnel de soutien, des représentants syndicaux, les résidents et leurs familles Notes de terrain et observations de différents chercheurs couvrant tous les quarts de travail		Observation de bandes « barrières » placées en travers de certaines portes afin de garder les résidents errants à l'extérieur de certains lieux et de permettre un sentiment de sécurité. Observation d'un résident qui fait de l'errance à répétition pour aller se chercher un verre d'eau, il n'est pas en mesure de se servir de l'eau, car la porte de la cuisine est barrée (inconvenient d'une barrière). Manque de personnel (entrevue avec un membre du personnel, Ontario) Ratio personnel/usager Programme d'apprentissage qui double le ratio des employés pour distraire les résidents au lieu de verrouiller les portes.
Varshawsky 2021 Australie	Évaluer l'impact de portes munies d'un design individualisé sur l'errance	Quantitatif observationnel Qualité : Adéquate (60 %)	N=9 Mesures avec échelle de déambulation d'Algase révisé (RAWS) pré et postintervention Mesures : en matinée et en soirée Total : 16 h d'observations (8 h le matin à 8 h le soir) Postintervention : 1 semaine après la pose de l'appliqué sur la porte	Installation de nouvelles portes avec un imprimé (design)	Amélioration de l'orientation spatiale et plus particulièrement de l'errance après la pose des appliqués et de numéros sur les portes des chambres des résidents Le matin, la marche persistante est passée de 22 +/- 6 à 17 +/- 7 sur l'échelle d'Algase et en fin d'après-midi de 22 +/- 8 à 18 +/- 7. L'orientation spatiale est passée de 14 à 12 (+/- 3) le matin et de 12 +/- 3 à 11 +/- 4 le soir.

Annexe IV : Questionnaire des entrevues semi-dirigées

Date :	
Nom :	
Fonction :	
Nom de l'établissement et type :	
Téléphone :	
Adresse électronique :	

Les coordonnées ont pour seul objectif de communiquer avec vous.

Les réponses resteront confidentielles.

1. Quel est le nombre de résidents hébergés dans votre établissement ?
2. Quel est le pourcentage approximatif des résidents présentant des troubles neurocognitifs dans votre établissement ou sur votre unité ? _____% (nombre)
3. Parmi les résidents avec TNC, quel est le pourcentage approximatif de ceux présentant des comportements d'errance dans les lieux privés ? _____% (nombre)
4. Utilisez-vous des dispositifs mécaniques, environnementaux ou des technologies électroniques afin d'empêcher l'errance dans la chambre d'un autre résident ou des endroits à usage réservé ?
 - oui non (veuillez passer à la question 10)
5. Si vous avez coché « oui » à la question 4, veuillez énumérer les mécanismes (moyens mécaniques, technologies électroniques ou autres) ou les interventions (non préventives) utilisés dans votre établissement.
6. Dans votre milieu, quelles sont les principales raisons qui vous ont amené à utiliser des mécanismes de gestion de l'errance dans les espaces privés ou réservés ? (Plusieurs réponses possibles)
 - incidents relationnels ou altercation entre résidents bien-être des résidents
 - demande du résident ou d'un proche prévention des intrusions
 - autre raison (spécifier) : infections, perte ou bris d'objets, etc. _____
7. Croyez-vous que les mécanismes ou interventions utilisés dans votre établissement sont efficaces ?
 - oui tout à fait plus ou moins non pas du tout ne sait pas

8. Croyez-vous que les mécanismes ou interventions utilisés dans votre établissement sont sécuritaires ?
- oui tout à fait plus ou moins non pas du tout ne sait pas
9. Est-ce que certains des mécanismes ou interventions utilisés (actuellement ou par le passé) sont remis en question et pourquoi ?
10. Existe-t-il dans votre milieu une compilation de données suite à l'utilisation des mécanismes ou interventions utilisés (moyens mécaniques, technologies électroniques, etc.) ?
- oui non ne sait pas
11. Existe-t-il des données contextuelles (registre) sur l'errance intrusive et les incidents ou événements indésirables que cela a pu occasionner ?
- oui non ne sait pas
12. Dans votre établissement, utilisez-vous la demi-porte pour éviter les intrusions dans certaines chambres ? (Ici, on ne parle pas de mettre une personne en isolement, mais bien d'utiliser ce mécanisme pour une personne qui n'irait pas dans la bonne chambre.)
- oui non ne sait pas
13. Quel est le ratio du personnel/résident dans votre établissement ou unité ?
- 1 : 2 résidents 1 : 10 résidents ne sait pas_____
- 1 : 5 résidents autres_____
14. Considérez-vous avoir reçu une formation suffisante sur l'utilisation des mécanismes/dispositifs ou interventions (ex. : gardien de sécurité) mis en place pour éviter l'errance dans les lieux privés ou à usage réservé ?
- Oui Non

Commentaires :

Merci d'ajouter tout autre commentaire nous permettant d'avoir une vue d'ensemble des conditions dans votre établissement. Vous pouvez également nous communiquer vos préoccupations en lien avec le sujet.

Question supplémentaire – données expérientielles – projet d'ETMI sur errance intrusive dans les chambres des résidents en centres d'hébergement collectifs

Question :

Utilisez-vous des thérapies occupationnelles dans votre établissement afin de diminuer l'errance et les possibles intrusions dans les chambres d'autres résidents ou lieux privés ? Si la réponse est oui, veuillez cocher ou décrire ce que vous utilisez :

- Exercices physiques
- Thérapie par la musique
- Thérapie par l'art
- Thérapie par la lumière
- Aromathérapie
- Zoothérapie
- Thérapie par la réminiscence
- Thérapie de type *Snoezelen*
- Thérapie par la poupée (*doll therapy*)
- Horticulture
- Autres :

Annexe V : Photos de dispositifs environnementaux et électroniques (CHSLD Le Faubourg, CIUSSS de la Capitale-Nationale)

CAMOUFLAGES DE PORTES



PORTES PERSONALISÉES



**FILET AVEC PANNEAU « ARRÊT-STOP »
(FIXATION PAR VELCRO)**



**RIDEAUX
(FIXATION PAR VELCRO)**



PHOTOS DE DISPOSITIFS ÉLECTRONIQUES

DISPOSITIF INFRAROUGE



BRACELET DE TYPE WANDER GUARD



Annexe VI : Liens de formations utiles et exemples de dispositifs électroniques sur le marché

Formations :

[www.ciussscn.ca/cevq/formation-continue\)](http://www.ciussscn.ca/cevq/formation-continue)

<https://www.philippevoyeur.org/presentation-des-formations>

<https://ageinc.ca/about-gpa-2/>

<https://iugm.ca/fr/partage-de-connaissances/SCPD>

<https://mdsld.ca/se-connecter/?confirmation=abonnement&PayerID=9KCMXWTQDBNA8>

<https://capsulescpd.ca/scpd/>

<http://centrevantage.ca/ressources/scpd/>

<https://alzheimer.ca/nb/fr/les-aides-et-le-soutien/programmes-et-services/gentle-persuasive-approach>

<https://ageinc.ca/about-gpa-2/>

Exemples de dispositifs électroniques sur le marché :

[Système de gestion de l'errance WanderGuard BLUE \(securitashealthcare.com\)](http://securitashealthcare.com)

[12 Best GPS Trackers for Dementia Patients | Family1st](#)

[Démence errante | Sécurité de l'errance de la maladie d'Alzheimer | Alzstore](#)

[SMPL Motion Sensor Kit for Wandering - Euforia | Euforia](#)

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

