



Évaluation du recours  
à des freins autobloquants  
comme mesure de prévention des  
chutes lors des transferts chez les  
utilisateurs de fauteuil roulant  
manuel qui présentent une  
atteinte cognitive

PLAN DE RÉALISATION | ETMI ABRÉGÉE

Juin 2019

## AUTEURES

---

### Du CIUSSS de la Capitale-Nationale

**KAREN GIGUÈRE**, M. Sc., professionnelle en ETMISSS

**SYLVIE ST-JACQUES**, Ph. D., responsable scientifique

### Du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

**DOMINIQUE BÉLANGER**, pht., M. Sc., professionnelle en ETMISSS

**CHRISTINE MALTAIS**, Ph. D., responsable scientifique

### Le présent document doit être cité comme suit :

Giguère, K., St-Jacques, S., Bélanger, D., Maltais, C. (2018). Évaluation du recours à des freins autobloquants comme mesure de prévention des chutes lors des transferts chez les utilisateurs de fauteuil roulant manuel qui présentent une atteinte cognitive. Plan de réalisation - ETMI abrégée, UETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale, 26 p.

Une production de l'Unité d'évaluation des technologies et mode d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

Direction de l'enseignement et des affaires universitaires.

### PRODUCTION

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2019

525, boulevard Wilfrid-Hamel

Québec (Québec) G1M 2S8

Téléphone : 418 529-9141

Télécopieur : 418 649-3721

[www.ciusss-capitalnationale.gouv.qc.ca](http://www.ciusss-capitalnationale.gouv.qc.ca)

Dépôt légal : 2<sup>e</sup> trimestre 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-84363-4 (PDF)

## Demander

---

**M. Daniel Garneau**, directeur des services en déficience physique et en réadaptation physique, ministère de la Santé et des Services sociaux

## Gestionnaires du mandat

---

**Mme Catherine Safiany**, chef de service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) et de la bibliothèque, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Mme Frédérique Laurier**, directrice adjointe, Valorisation et diffusion des connaissances, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

## Recherche documentaire

---

**Mme Karine Bélanger**, bibliothécaire, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

## Révision linguistique

---

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

## Mise en page

---

**Mme Diane Tremblay**, agente administrative, CIUSSS de la Capitale-Nationale

## Conception graphique

---

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

## Comité de suivi

---

**Mme Marie-Pierre Johnson**, conseillère aux programmes, Direction des services en déficience physique et en réadaptation physique, ministère de la Santé et des Services sociaux

**M. Steve Vigneault**, directeur adjoint - Charlevoix, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**M. Bruno Lemelin**, ergothérapeute, chef d'équipe clinique, aides techniques à la mobilité et à la posture, clientèle adulte et aînée, Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme et Déficience physique (DDITSADP) / DDITSADP Aides techniques mobilité et PACEC, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**M. François Thibault**, ergothérapeute et coordonnateur professionnel, Programme des aides techniques à la mobilité et au positionnement, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

## Conseil scientifique

---

**M. François Routhier**, professeur agrégé, Département de réadaptation, Université Laval et chercheur au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRI), CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Mme Claudine Auger**, professeure agrégée, École de réadaptation, Université de Montréal et chercheure au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR) - Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

**Mme Maggy Wassef**, agente de planification, de programmation et de recherche, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

## Correspondance

---

**Mme Catherine Safianyk**, chef de service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) et de la bibliothèque, CIUSSS de la Capitale-Nationale, catherine.safianyk.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

## RESPONSABILITÉ

---

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du 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'ETMISSS ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

## REMERCIEMENT

---

Les auteures remercient M Seyive Wilfried Affodegon, professionnel en ETMISSS, pour sa participation au démarrage du projet.

Les auteures remercient également Mmes Geneviève Roberge et Danielle Lavoie, conseillères à la qualité à la Direction de l'éthique et de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'extraction des données du Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux et pour les échanges enrichissants sur la problématique des chutes au Québec.

## TABLE DES MATIÈRES

Responsabilité .....	4
Remerciement .....	4
Liste des sigles et des acronymes.....	6
Liste des figures.....	6
Liste des tableaux.....	6
<b>GLOSSAIRE.....</b>	<b>7</b>
<b>CONTEXTE .....</b>	<b>8</b>
<b>1. PROBLÉMATIQUE.....</b>	<b>8</b>
1.1. Portrait des chutes survenues lors d'un transfert en fauteuil roulant au Québec .....	8
1.2. Facteurs de risque de chutes liés à l'utilisation d'un fauteuil roulant.....	9
1.3. Prévention des chutes liées à l'utilisation d'un fauteuil roulant.....	10
<b>2. PROJET D'ETMI .....</b>	<b>10</b>
2.1. PICOTS.....	10
2.2. Question décisionnelle .....	11
2.3. Questions d'évaluation.....	11
2.4. Méthodologie.....	11
2.4.1. Recherche exploratoire de la littérature.....	11
2.4.2. Stratégie de recherche documentaire .....	11
2.4.3. Sélection des documents.....	12
2.4.4. Évaluation de la qualité des documents.....	14
2.4.5. Synthèse et analyse des données probantes.....	14
<b>3. IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES ET DIFFUSION DES RÉSULTATS.....</b>	<b>15</b>
3.1. Implication des parties prenantes .....	15
3.2. Diffusion des résultats et activités de communication.....	15
<b>4. ÉCHÉANCIER .....</b>	<b>16</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>17</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>22</b>

## LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

---

ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CH	Centre hospitalier
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
ETS	Évaluation des technologies de la santé
INAHTA	<i>International Network of Agencies for Health Technology Assessment</i>
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RNIASSSS	Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux

## LISTE DES FIGURES

---

**Figure 1 :** Concepts et exemples de mots clés qui seront utilisés pour la recherche documentaire

**Figure 2 :** Modèle d'analyse des données concernant l'utilisation de freins autobloquants

## LISTE DES TABLEAUX

---

**Tableau 1 :** Niveaux de gravité des événements déclarés survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec

**Tableau 2 :** Définition des critères PICOTS

**Tableau 3 :** Critères de sélection des documents

**Tableau 4 :** Calendrier prévisionnel

## GLOSSAIRE

---

### **Accident**

Action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers (Éditeur officiel du Québec, 2018).

### **Atteinte cognitive**

Dysfonctionnement dans un ou plusieurs des domaines de la cognition que sont l'attention complexe, les fonctions cognitives, l'apprentissage et la mémoire, le langage, les activités perceptivomotrices et la cognition sociale (APA, 2015).

### **Chute**

Événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment (OMS, 2018).

### **Efficacité**

Qui produit l'effet attendu. Est qualifié d'efficacité d'intervention, le rapport entre les effets et les objectifs d'une intervention (Gouvernement du Québec, 2013; INESSS, 2011).

### **Incident**

Action ou situation qui n'entraîne pas de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager [...], mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences (Éditeur officiel du Québec, 2018).

### **Littérature grise**

« Tout type de document produit par le gouvernement, l'administration, l'enseignement et la recherche, le commerce et l'industrie, en format papier ou numérique, protégé par les droits de propriété intellectuelle, de qualité suffisante pour être collecté et conservé par une bibliothèque ou une archive institutionnelle, et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale » (Schöpfel, 2012).

### **Parties prenantes**

Tous les acteurs présentant un intérêt pour la problématique, touchés par celle-ci ou qui, en raison de leur fonction, pourraient influencer le processus de prise de décision (Varvasovszky et Brugha, 2000). Il peut s'agir d'utilisateurs partenaires, de représentants d'associations ou d'organisations, de gestionnaires, de professionnels, d'experts et de décideurs.

### **Prévention des chutes**

Ensemble des moyens mis en œuvre dans le but d'éviter la survenue de chutes (adapté de l'OQLF, 2009)

### **Sécuritaire**

Qui assure la sécurité et qui présente peu ou pas de danger (OQLF, 2018)

## CONTEXTE

Le Programme d'appareils suppléant à une déficience physique, administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), est destiné aux personnes inscrites au régime d'assurance maladie du Québec et pour qui une ordonnance médicale est produite. Les services assurés sont l'achat, l'ajustement, le remplacement, la réparation et, dans certains cas, l'adaptation de ces appareils. Les appareils d'aide à la locomotion permettent à l'utilisateur de se déplacer d'un lieu à un autre et comprennent, entre autres, les fauteuils roulants à propulsion manuelle ou motorisés octroyés en raison de l'incapacité de la personne assurée à se déplacer debout de façon sécuritaire (Régie de l'assurance maladie du Québec, s.d.). Sous certaines conditions, la RAMQ peut autoriser des ajouts de composants ou d'accessoires visant à répondre à des besoins spécifiques d'utilisateurs de fauteuil roulant. Parmi ces composants, les freins autobloquants destinés aux fauteuils roulants manuels font l'objet d'une recrudescence de demandes d'autorisation d'attribution auprès de la RAMQ, spécialement pour les personnes qui présentent une atteinte cognitive. Conçu pour prévenir les chutes provoquées par l'oubli ou la mauvaise utilisation des freins manuels lorsque la personne effectue des transferts assis-debout et debout-assis, ce système de blocage des roues est instantanément enclenché dès que l'utilisateur se soulève du fauteuil.

Ce système de freins autobloquants suscite l'intérêt de la Direction des services en déficience et en réadaptation physique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), qui souhaite obtenir des données probantes sur la sécurité et l'efficacité de ce type de composant. Étant donné qu'un seul fournisseur de freins autobloquants est actuellement reconnu par la RAMQ, la Direction des services en déficience et en réadaptation physique souhaite également obtenir une recension des produits existants qui sont comparables et qui possèdent la même fonction.

Le MSSS a donc confié aux deux établissements du réseau de la santé et des services sociaux ayant une désignation universitaire dans le secteur de la réadaptation physique, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, le mandat de mener un projet d'ETMI visant à évaluer l'efficacité et la sécurité des freins autobloquants sur les fauteuils roulants manuels dans la prévention des chutes chez les personnes qui présentent une atteinte cognitive.

## 1. PROBLÉMATIQUE

### 1.1. PORTRAIT DES CHUTES SURVENUES LORS D'UN TRANSFERT EN FAUTEUIL ROULANT AU QUÉBEC

Les chutes et les blessures associées au transfert en fauteuil roulant constituent au Québec un problème d'une grande importance compte tenu de leur fréquence et de la gravité de leurs conséquences. Les chutes peuvent survenir à divers moments lors d'une période de traitement d'un usager. Celles qui surviennent lors d'un transfert, c'est-à-dire lors du transfert de l'utilisateur, avec ou sans assistance du personnel en place, du fauteuil roulant au lit, à un autre fauteuil, à la toilette ou autres, comptent parmi les plus fréquentes (CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, 2014; MSSS, 2016, 2017a). Des chutes déclarées en 2015-2016, 5,8 % et 6,4 % de celles déclarées en 2016-2017 au Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux (RNIASSSS) sont en effet survenues lors d'un transfert (MSSS, 2016, 2017a). Malgré qu'elles se produisent dans l'ensemble des établissements de soins de la province, les chutes lors d'un transfert sont plus fréquentes dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les centres hospitaliers (CH). Des 11 346 chutes déclarées et survenues lors d'un transfert en 2016-2017, 62% ont en effet eu lieu en

CHSLD et 27,8 % en CH (MSSS, 2018). Ce type de chute survient principalement chez les personnes âgées de 65 ans et plus (83,2 %) et, de façon plus marquée, chez celles âgées de 75 ans et plus (66,2 %) (MSSS, 2018). En 2016-2017, 271 (2,4 %) chutes survenues lors d'un transfert ont eu des conséquences temporaires qui ont nécessité des soins spécialisés (niveaux de gravité E2 et F), sept (0,06 %) ont entraîné des conséquences graves et permanentes pour les usagers touchés (niveaux de gravité G et H) et huit (0,07 %) ont contribué à leur décès (niveau de gravité I) (MSSS, 2018) (**tableau 1**).

## 1.2. FACTEURS DE RISQUE DE CHUTES LIÉS À L'UTILISATION D'UN FAUTEUIL ROULANT

Les chutes liées à l'utilisation d'un fauteuil roulant résultent de l'interaction de différents facteurs, dont : **1**) les caractéristiques de l'utilisateur, notamment l'âge avancé et la présence d'une atteinte cognitive (Mikołajewska, 2013); **2**) le type et les caractéristiques du fauteuil roulant, dont un dispositif de blocage de roues inefficace (Gavin-Dreschnack, Nelson et coll., 2005); **3**) les pratiques des intervenants de la santé qui peuvent par exemple négliger la formation des usagers à une utilisation adéquate du fauteuil roulant (Best, Routhier et Miller, 2015; Gavin-Dreschnack, Nelson et coll., 2005); **4**) les pratiques des utilisateurs, notamment un entretien insuffisant du fauteuil roulant (Gavin-Dreschnack, Nelson et coll., 2005); **5**) les activités relatives à l'utilisation du fauteuil roulant, spécialement celles liées aux transferts (Gavin-Dreschnack, Nelson et coll., 2005) et **6**) les caractéristiques de l'environnement, entre autres les bordures de trottoirs ou un terrain accidenté (Gavin-Dreschnack, Nelson et coll., 2005; Mikołajewska, 2013).

**TABLEAU 1** - Niveaux de gravité des événements déclarés survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec

TYPE D'ÉVÉNEMENT	NIVEAU DE GRAVITÉ	GRAVITÉ DES CONSÉQUENCES
<b>INCIDENT</b>	<b>A</b>	Circonstance ou situation à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences pour l'utilisateur.
	<b>B</b>	Un événement indésirable est survenu, mais l'utilisateur n'a pas été touché.
<b>ACCIDENT</b>	<b>C</b>	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur, sans lui causer de conséquences. Présence d'inconvénients qui ne requièrent aucune intervention additionnelle particulière.
	<b>D</b>	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et des vérifications additionnelles ont dû être faites pour vérifier la présence ou l'apparition de conséquences.
	<b>E1</b>	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences mineures et temporaires n'exigeant que des interventions non spécialisées.
	<b>E2</b>	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires nécessitant des interventions spécialisées qui vont au-delà des services courants, mais qui n'ont aucun impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de la période de traitement.
	<b>F</b>	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires qui ont un impact sur la nécessité/durée d'hospitalisation ou d'hébergement.
	<b>G</b>	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives ou psychologiques.
	<b>H</b>	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences nécessitant des interventions de maintien de la vie.
	<b>I</b>	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès.

### 1.3. PRÉVENTION DES CHUTES LIÉES À L'UTILISATION D'UN FAUTEUIL ROULANT

Différentes actions peuvent être mises en œuvre pour prévenir les chutes liées à l'utilisation d'un fauteuil roulant. Des actions préventives peuvent être effectuées auprès de l'utilisateur en encourageant notamment l'entretien régulier du fauteuil et une utilisation adéquate de ses composants telles que le blocage des roues lors d'un transfert dans le cas d'un fauteuil à propulsion manuelle (Gavin-Dreschnack, Nelson et coll., 2005). Aussi, le personnel de soins peut s'assurer de l'adéquation entre les besoins de l'utilisateur et le modèle de fauteuil à privilégier et de la dispensation d'une formation appropriée aux nouveaux utilisateurs (Mikołajewska, 2013; Gavin-Dreschnack, Nelson et coll., 2005; Best, Kirby et coll., 2005; Routhier, Kirby et coll., 2012). Enfin, l'environnement de soins ou le milieu de vie de l'utilisateur peuvent être adaptés en vue d'accroître sa sécurité et de diminuer ses risques de chutes et de blessures, en dégagant par exemple les aires de circulation ou en installant des portes à ouverture facilitée (Gavin-Dreschnack, Nelson et coll., 2005).

Des modifications apportées au fauteuil roulant manuel par l'ajout de certains dispositifs peuvent également contribuer à prévenir les chutes et les blessures, particulièrement chez les usagers qui présentent un déficit cognitif. Parmi ces dispositifs, l'ajout d'un système d'alerte auditif et visuel pour accompagner les opérations liées à l'utilisation du fauteuil roulant (Tanaka, Matsushita et coll., 2015) de même que l'ajout d'un système de freins autobloquants destiné à être engagé dès que l'utilisateur applique un poids sur le fauteuil roulant ont été identifiés (Martorello et Swanson, 2006).

## 2. PROJET D'ETMI

### 2.1. PICOTS

La typologie PICOTS (Samson et Schoelles, 2012) aide à circonscrire l'évaluation en fonction des besoins décisionnels du demandeur. Elle permet la formulation de questions d'évaluation claires, aide à la définition de la stratégie de recherche documentaire et à la définition des critères de sélection des études.

**TABLEAU 2 - Définition des critères PICOTS**

CRITÈRES	DÉFINITION
<b>P (Population)</b>	Utilisateurs de fauteuil roulant manuel qui présentent ou non une atteinte cognitive
<b>I (Intervention)</b>	Freins autobloquants ajoutés ou déjà intégrés à un fauteuil roulant manuel
<b>C (Comparateurs)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun comparateur</li> <li>• Autres méthodes pour prévenir les chutes lors des transferts vers ou depuis un fauteuil roulant manuel</li> <li>• Autres modèles de freins autobloquants</li> <li>• Aucune autre intervention pour prévenir les chutes lors des transferts vers ou depuis un fauteuil roulant manuel</li> </ul>
<b>O (Outcomes / Résultats d'intérêt)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre ou taux de chutes avec ou sans blessures survenues lors des transferts</li> <li>• Niveau de gravité des blessures survenues lors des transferts</li> <li>• Incidents ou accidents liés à l'utilisation de freins autobloquants ou autres composants comparables</li> </ul>
<b>T (Temporalité)</b>	Mesures prises avant et après l'utilisation de freins autobloquants
<b>S (Setting)</b>	Tous milieux

## 2.2. QUESTION DÉCISIONNELLE

Chez les personnes qui présentent une atteinte cognitive et qui utilisent un fauteuil roulant manuel, l'utilisation de freins autobloquants permet-elle de réduire la survenue de chutes lors des transferts vers ou depuis le fauteuil roulant?

## 2.3. QUESTIONS D'ÉVALUATION

- Les freins autobloquants sur le fauteuil roulant manuel des personnes qui présentent une atteinte cognitive aident-ils à prévenir les chutes lors des transferts? (dimension efficacité)
- Les freins autobloquants sur le fauteuil roulant manuel des personnes qui présentent une atteinte cognitive sont-ils plus ou moins efficaces que d'autres méthodes de prévention des chutes lors des transferts? (dimension efficacité)
- Les freins autobloquants sur fauteuil roulant manuel entraînent-ils des inconvénients pour les utilisateurs qui présentent une atteinte cognitive? (dimension sécurité)

## 2.4. MÉTHODOLOGIE

### 2.4.1. Recherche exploratoire de la littérature

Aucune revue systématique et aucun rapport d'ETMI répondant aux questions d'évaluation n'a été identifié lors de la recherche exploratoire de la littérature. Celle-ci a été menée à l'aide des moteurs de recherche *Google* et *Google Scholar*, de la base de données de revues systématiques Cochrane Library et de l'interface de recherche de la Base de données canadienne des évaluations des technologies de la santé (ETS) pour la recherche de rapports d'ETMI canadiens et internationaux. Comme il existe des documents sur le sujet, une ETMI abrégée sera réalisée à partir d'une revue de la littérature utilisant une approche systématique.

### 2.4.2. Stratégie de recherche documentaire

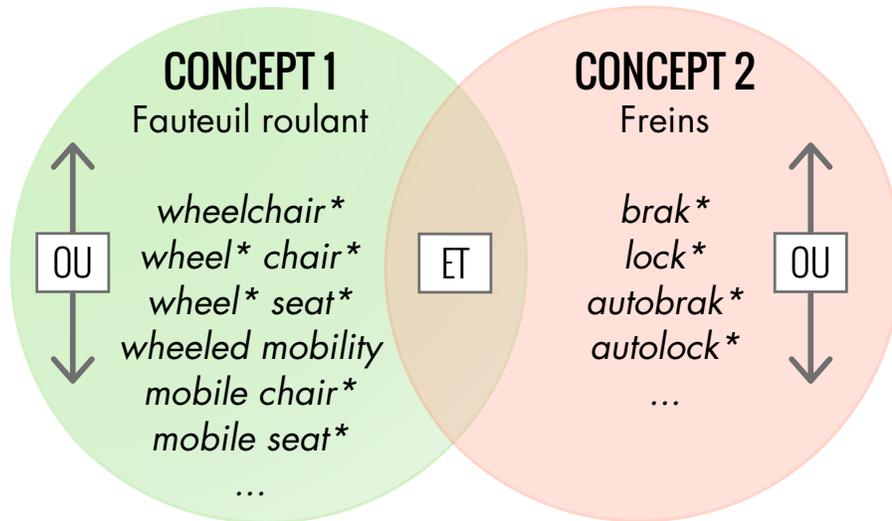
La recherche documentaire sera effectuée en collaboration avec une bibliothécaire spécialisée dans la réalisation de revues systématiques de la littérature. L'ensemble du processus et les détails qui s'y rapportent seront documentés dans un rapport rédigé par la bibliothécaire, lequel sera annexé au rapport d'ETMI abrégée.

#### a) Recherche dans les bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche documentaire sera élaborée à partir d'une liste de concepts et de mots clés, dont une partie a été identifiée lors de la recherche exploratoire de la littérature (**figure 1**). Les bases de données bibliographiques MEDLINE, Embase, CINAHL, Compendex et Inspec seront interrogées. Les bibliographies des publications retenues seront consultées afin de trouver des études pertinentes qui n'auraient pas été repérées par la stratégie de recherche documentaire.

FIGURE 1 - Concepts et exemples de mots clés qui seront utilisés pour la recherche documentaire

b)



### Recherche dans la littérature grise

Des sites Internet de diverses organisations susceptibles de fournir des données probantes relatives au sujet d'intérêt seront consultés. Des bases de données ciblant la littérature grise, telle que *Open Grey*, seront également consultées pour rechercher des informations sur l'utilisation de freins autobloquants et pour recenser des produits comparables et possédant la même fonction (**annexe 1**). Les mots clés utilisés, la date de consultation ainsi que les résultats de la recherche seront documentés, et ce, pour chacun des sites consultés et des moteurs de recherche utilisés. De plus, les bibliographies des documents de littérature grise retenus seront consultées.

### 2.4.3. Sélection des documents

La sélection des documents sera menée à partir des critères d'inclusion et d'exclusion déterminés sur la base des critères PICOTS ainsi que d'autres spécifications concernant notamment les types de documents, la langue et le pays de publication (**tableau 3**). Cette étape ainsi que celles de l'extraction et de la synthèse des données sont décrites dans l'**annexe 2**.

**TABLEAU 3 - Critères de sélection des documents**

CRITÈRES	INCLUSION	EXCLUSION
<b>P (Population)</b>	Utilisateurs de fauteuil roulant manuel qui présentent ou non une atteinte cognitive	
<b>I (Intervention)</b>	Freins autobloquants ajoutés ou déjà intégrés à un fauteuil roulant manuel	Autres types de freins
<b>C (Comparateurs)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun comparateur</li> <li>• Autres méthodes pour prévenir les chutes lors des transferts vers ou depuis un fauteuil roulant manuel</li> <li>• Autres modèles de freins autobloquants</li> <li>• Aucune autre intervention pour prévenir les chutes lors des transferts vers ou depuis un fauteuil roulant manuel</li> </ul>	
<b>O (Outcomes / Résultats d'intérêt)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre ou taux de chutes avec ou sans blessures survenues lors des transferts</li> <li>• Niveau de gravité des blessures survenues lors des transferts</li> <li>• Incidents ou accidents reliés à l'utilisation de freins autobloquants ou autres composants comparables</li> </ul>	
<b>T (Temporalité)</b>	Mesures prises avant et après l'utilisation de freins autobloquants	
<b>S (Setting)</b>	Tous milieux	
<b>Type de publication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Études primaires (tous types de devis)</li> <li>• Revues systématiques<sup>1</sup> incluant les méta-analyses</li> <li>• Rapports d'ETMI</li> <li>• Guides de pratique clinique</li> <li>• Rapports gouvernementaux ou d'organisations savantes (pratiques exemplaires)</li> <li>• Mémoires de maîtrise/thèses de doctorat</li> <li>• Actes de congrès</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revues narratives<sup>2</sup></li> <li>• Résumés de conférences</li> <li>• Livres</li> <li>• Chapitres de livres</li> <li>• Lettres</li> <li>• Notes</li> <li>• Éditoriaux</li> </ul>
<b>Langues de publication</b>	Français, anglais	
<b>Pays de publication</b>	Pays membres de l'OCDE	
<b>Période de publication</b>	Aucune limite inférieure jusqu'à 2019	

1 [https://www.bibl.ulaval.ca/fichiers\\_site/portails/education/comparaison-des-types-de-revues-de-litt%C3%A9rature-final.pdf](https://www.bibl.ulaval.ca/fichiers_site/portails/education/comparaison-des-types-de-revues-de-litt%C3%A9rature-final.pdf).

2 Ibid.

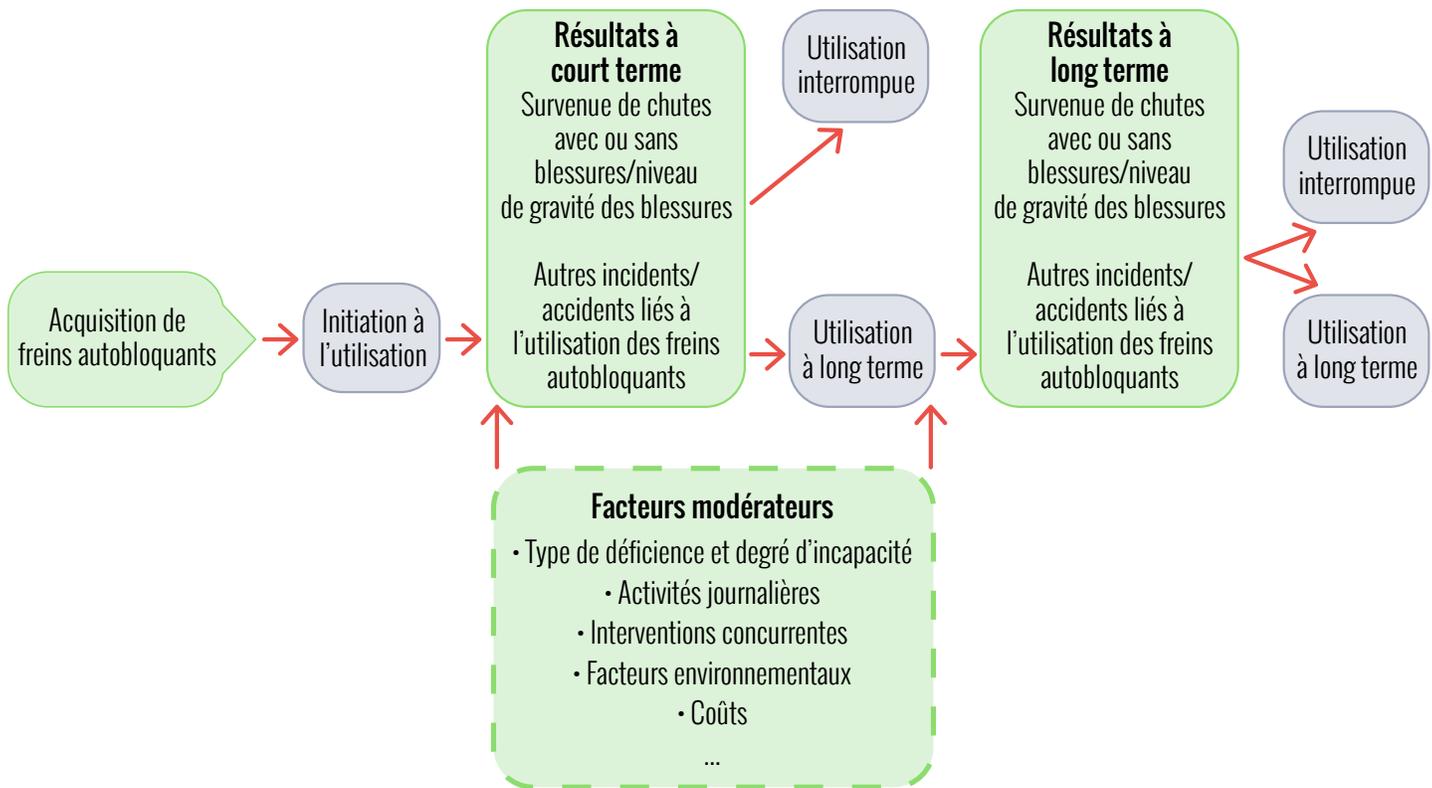
### 2.4.4 Évaluation de la qualité des documents

Les démarches d'évaluation de la qualité méthodologique des études, des revues systématiques et des guides de pratique clinique retenus ainsi que la crédibilité des sites d'où proviennent les autres documents sont décrites dans l'**annexe 3**.

### 2.4.5. Synthèse et analyse des données probantes

Un modèle conceptuel permettant de comprendre l'utilisation d'appareils suppléant à une déficience physique (aides techniques), les facteurs qui peuvent les influencer et les résultats qu'ils peuvent engendrer sera utilisé pour guider la synthèse et l'analyse des données issues de la littérature. Adapté de Fuhrer, Jutai et coll. (2003), ce modèle sera adapté aux besoins de ce projet d'ETMI. Tel que présenté à la **figure 2**, l'acquisition d'une aide technique telle que les freins autobloquants implique au départ une phase d'initiation à l'utilisation pour ensuite entraîner des résultats à court terme, puis à long terme si l'utilisation de l'appareil se poursuit. Plusieurs facteurs comme le type de déficience en présence et le degré d'incapacité de l'individu ou encore le type d'activités journalières menées peuvent influencer le recours aux freins autobloquants et le maintien de leur utilisation. Ces mêmes facteurs peuvent également influencer les résultats qui découlent de leur utilisation, dans le cas présent, la survenue de chutes avec ou sans blessures lors des transferts et autres incidents/accidents.

**FIGURE 2** - Modèle d'analyse des données concernant l'utilisation de freins autobloquants



Adapté de Fuhrer, Jutai et coll. (2003)

Chacun des résultats d'intérêt (outcomes) sera ensuite analysé selon le niveau de preuve scientifique (**annexe 4**).

## 3. IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES ET DIFFUSION DES RÉSULTATS

### 3.1. IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES

Les parties prenantes sont impliquées tout au long de la réalisation du projet d'ETMI en tant que membres du comité de suivi ou membres du conseil scientifique, tel qu'il est indiqué dans l'**annexe 5**. Les personnes qui participeront à ces comités sont nommées en début de document.

### 3.2. DIFFUSION DES RÉSULTATS ET ACTIVITÉS DE COMMUNICATION

Outre l'implication de parties prenantes tout au long de la réalisation du projet, différentes stratégies de diffusion des résultats et des activités de communication seront mises de l'avant dont :

- Publication du plan de réalisation, du rapport d'ETMI abrégée et d'un résumé en anglais sur les sites Internet du CIUSSS de la Capitale-Nationale, du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, de l'INESSS, de l'ACMTS et de l'INAHTA
- Présentations ciblées auprès d'instances locales, régionales et nationales
- Présentations lors de congrès ou de colloques nationaux
- Présentations lors de forums scientifiques ou de conférences spécialisées
- Publication dans un journal scientifique avec comité de pairs

## 4. ÉCHÉANCIER

**TABLEAU 4** - Calendrier prévisionnel

ÉTAPES	2018		2019										
	Novembre	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre
Cadrage du projet													
Rédaction du plan de réalisation													
Révision du plan de réalisation par le conseil scientifique													
Rencontres du comité de suivi													
Correction du plan de réalisation et réponse aux réviseurs													
Recherche documentaire													
Sélection des documents													
Extraction des données et évaluation de la qualité													
Synthèse et analyse des données													
Élaboration des constats scientifiques													
Rédaction du rapport préliminaire													
Révision du rapport par le conseil scientifique													
Rédaction du rapport final et réponse aux réviseurs													
Mise en page et révision linguistique													
Approbation interne													
Dépôt et diffusion du rapport final													

## ANNEXES

### ANNEXE 1 - Sites Internet qui seront consultés dans le cadre de la recherche dans la littérature grise\*

Acronyme	Nom	Pays/Région	Site Internet
ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé	Canada	<a href="https://www.cadth.ca/">https://www.cadth.ca/</a>
CIRIS	Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale	Canada	<a href="http://www.ciris.ulaval.ca/fr">http://www.ciris.ulaval.ca/fr</a>
CRIR	Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain	Canada	<a href="http://www.crir.ca/">http://www.crir.ca/</a>
EASTIN	Réseau Européen d'Information sur les aides techniques	Europe	<a href="http://www.eastin.eu/fr-lu/searches/products/index">http://www.eastin.eu/fr-lu/searches/products/index</a>
HTAi	<i>Health Technology Assessment international</i>	International	<a href="https://htai.org/">https://htai.org/</a>
HERL	<i>Human Engineering Research Laboratories</i>	États-Unis	<a href="http://herl.pitt.edu">http://herl.pitt.edu</a>
INAHTA	<i>International Network of Agencies for Health Technology Assessment</i>	International	<a href="http://www.inahta.org/">http://www.inahta.org/</a>
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	Canada	<a href="https://www.inesss.qc.ca/">https://www.inesss.qc.ca/</a>
MAUDE	<i>Manufacturer and User Facility Device Experience</i>	États-Unis	<a href="https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfmaude/search.cfm">https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfmaude/search.cfm</a>
PQDT Global	<i>Proquest Dissertations &amp; Theses Global</i>	International	<a href="https://search.proquest.com/pqdtglobal">https://search.proquest.com/pqdtglobal</a>
RESNA	<i>Rehabilitation Engineering and Assistive Technology Society of North America</i>	Amérique du Nord	<a href="https://www.resna.org/">https://www.resna.org/</a>
---	<i>AbleData Tools &amp; Technologies to Enhance Life</i>	États-Unis	<a href="https://abledata.acl.gov/">https://abledata.acl.gov/</a>
---	<i>Open grey</i>	Europe	<a href="http://www.opengrey.eu/">http://www.opengrey.eu/</a>
<b>Recherche complémentaire</b>			
Google	<a href="http://www.google.ca/">http://www.google.ca/</a>	100 premiers résultats examinés	
Google Scholar	<a href="http://scholar.google.ca/">http://scholar.google.ca/</a>	100 premiers résultats examinés	

\*Possibilité d'ajouts

## ANNEXE 2 - Étapes de sélection des documents, d'extraction et de synthèse des données

### Sélection des documents

L'étape de sélection sera réalisée en deux phases : la phase 1, à la lecture des titres et des résumés, et la phase 2, à la lecture complète des documents retenus à la phase 1. Deux professionnels en ETMI se partageront la sélection des documents (phases 1 et 2) après s'être assurés d'une compréhension commune des critères de sélection en menant un test de fidélité interjuge pour les 200 premiers titres (pour la phase 1) et les 50 premiers documents retenus en phase 1 (pour la phase 2). Pour les documents exclus en phase 2, les raisons d'exclusion seront documentées afin de faciliter le suivi du processus de sélection. Les résultats seront rapportés dans un diagramme de flux PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*).

### Extraction des données

Deux professionnels en ETMI se partageront l'extraction des données après avoir effectué un test de fidélité interjuge pour les cinq premiers documents. En cas de désaccord pendant cette phase, un autre test de fidélité interjuge sera mené pour cinq documents additionnels, et ce, jusqu'à l'atteinte d'une compréhension commune. Les données pertinentes pour répondre aux questions d'évaluation seront extraites à l'aide d'une grille structurée et incluront, pour les études (incluant les mémoires et les thèses), l'auteur, l'année de publication, le pays où l'étude a été réalisée, le devis de recherche, les caractéristiques des participants, la description de l'intervention, le comparatif, les outils de mesure et les résultats. Les études faisant l'objet de plusieurs publications seront regroupées et considérées comme une seule étude. Les données recueillies pour les guides de pratique clinique incluront la référence du document (organisation, titre, pays et année de publication), la population visée, la source de la preuve, les objectifs et les énoncés développés. Les extractions des autres documents de littérature grise, comme les rapports gouvernementaux, incluront la référence du document (organisation, titre, pays et année de publication), la population visée, la description de l'intervention, les instruments de mesure et les données relatives à cette intervention. Dans le cas où les mêmes résultats font l'objet de plusieurs publications, la version la plus récente sera considérée.

### Synthèse des données

Le tableau d'extraction des données sera annexé au rapport d'ETMI. Les résultats seront analysés en fonction des dimensions évaluées et du cadre d'analyse proposé. Une synthèse narrative et des tableaux résumés seront présentés. Dans le cas où plusieurs études concerneraient une même intervention auprès de populations comparables et utilisant des mesures similaires, leurs résultats pourront être combinés pour réaliser une méta-analyse (CRD, 2009).

### ANNEXE 3 - Évaluation de la qualité des documents

L'évaluation de la qualité méthodologique des études sera réalisée par deux professionnels en ETMI après avoir effectué un accord interjuge pour les cinq premiers documents. Le QualSyst (Kmet, Lee et Cook, 2004), un outil développé pour évaluer la qualité méthodologique des études primaires de tous types de devis, sera utilisé. Cet outil comprend une grille de 10 éléments pour l'évaluation des méthodes qualitatives et une autre de 14 éléments pour les méthodes quantitatives. Les deux grilles sont utilisées dans les cas d'études mixtes. La présence de chacun des éléments est cotée sur une échelle de 0 à 2 (0=absent; 1=partiellement documenté; 2=bien documenté). Le score total est divisé par le nombre d'éléments pertinents pour le design de l'étude à évaluer puis exprimé en pourcentage.

La qualité des revues systématiques sera évaluée selon 10 domaines (16 items) de la grille originale AMSTAR 2 (*A Measurement Tool to Assess systematic Reviews*) (Shea, Reeves et coll., 2017). Les principales modifications de cette seconde version incluent des catégories de réponse simplifiées, une considération plus détaillée du risque de biais des études incluses dans la revue, la façon dont ces biais ont été pris en compte par les auteurs de la revue, un meilleur alignement avec les critères PICO pour les questions de recherche, une justification plus détaillée de la sélection des devis des études incluses dans la revue et plus d'information sur les études exclues. Sur la base des items évalués, la confiance générale dans les résultats de la revue est considérée comme élevée, modérée, faible ou critiquement faible.

La version améliorée de la grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation, AGREE II*) sera utilisée pour évaluer la qualité des guides de pratique clinique (Brouwers, Kho et coll., 2010a, 2010b). Cet instrument, développé pour évaluer la problématique de la variabilité de la qualité des guides de pratique, évalue la rigueur méthodologique et la transparence avec lesquelles le guide de pratique a été développé.

La crédibilité des documents trouvés dans Internet sera évaluée en utilisant une grille reposant sur une série de critères portant sur quatre éléments principaux : la validation du contenu par une organisation reconnue ou des personnes reconnues compétentes, la réputation et la compétence de l'auteur, l'insertion du document dans la littérature spécialisée et certains aspects de la forme du document (Couture et Francis, 2011). Les réponses positives accroissent la crédibilité du document alors que les réponses négatives la minent.

## ANNEXE 4 - Appréciation du niveau de preuve scientifique

Le niveau de preuve scientifique sera évalué à l'aide de critères d'appréciation de la preuve scientifique (INESSS, 2017). La limite méthodologique des études (quantité d'études, la robustesse du devis, la qualité méthodologique) ainsi que la cohérence/fiabilité des résultats seront pris en compte pour établir un niveau de preuve scientifique élevé, modéré, faible ou insuffisant.

	FAIBLE	MODÉRÉE	FORTE
<b>Robustesse</b>	Devis qualitatif, transversal	Étude de cohorte	Devis expérimental (essai contrôlé randomisé) et quasi expérimental (avant/après, série chronologique)
<b>Score de qualité (SQ)</b>	≤ 60%	60% < SQ < 80%	≥ 80%
<b>Cohérence</b>	Les résultats ne font pas consensus	Consensus moyen entre les résultats	Consensus élevé entre les résultats

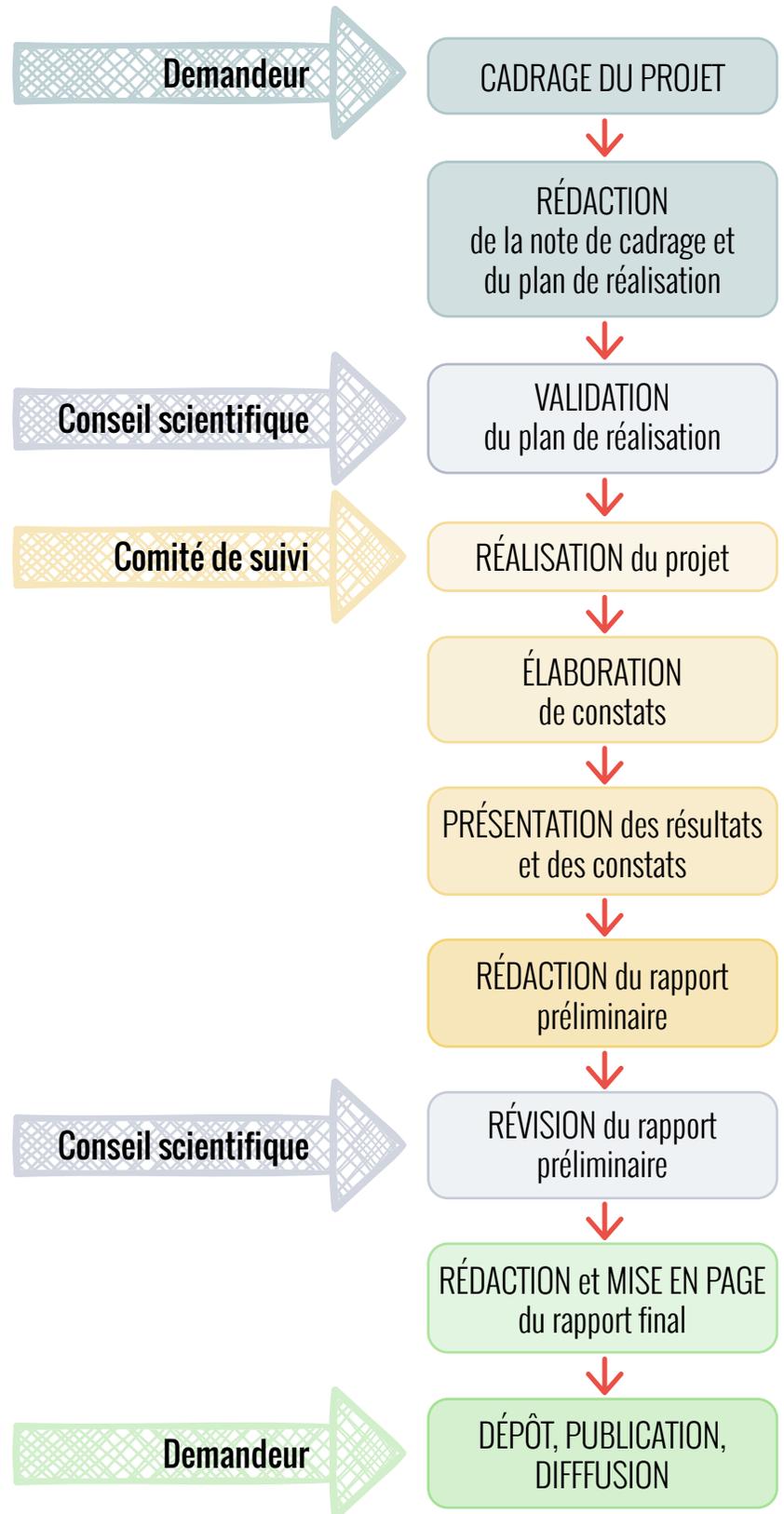
### Guide pour établir les niveaux de preuve

QUALITÉ DE LA PREUVE SCIENTIFIQUE	DESCRIPTION DES CRITÈRES
<b>Élevée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Résultat d'intérêt rapporté dans plus d'un article scientifique dont le score de qualité (SQ) est élevé.</li> <li>Consensus fort entre les résultats des différentes études.</li> <li>Consensus fort entre les résultats quantitatifs et qualitatifs.</li> <li>Il existe une (des) méta-analyse(s) de bonne qualité ou plusieurs essais randomisés de bonne qualité dont les résultats sont cohérents. De nouvelles données ne changeront très probablement pas la confiance en l'effet estimé.</li> <li>Nombre très élevé de répondants dans le total des études considérées (en tenant compte du devis quantitatif ou qualitatif).</li> </ul>
<b>Modérée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Résultat d'intérêt rapporté dans un seul article scientifique dont le SQ est élevé ou dans plus d'un article scientifique dont le SQ est modéré.</li> <li>Consensus moyen entre les résultats quantitatifs et qualitatifs.</li> <li>Il existe des preuves de qualité correcte (essais randomisés ou études prospectives ou rétrospectives) avec des résultats dans l'ensemble cohérents. De nouvelles données peuvent avoir un impact sur la confiance dans l'estimation de l'effet et peuvent changer l'estimation.</li> <li>Nombre plutôt élevé de répondants dans le total des études considérées (en tenant compte du devis quantitatif ou qualitatif).</li> </ul>
<b>Faible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Résultat d'intérêt rapporté dans un seul article scientifique dont le SQ est modéré ou dans plus d'un article scientifique dont le SQ est faible.</li> <li>Consensus faible entre les résultats quantitatifs et qualitatifs.</li> <li>Les études disponibles sont critiquables d'un point de vue méthodologique ou les résultats des essais ne sont pas toujours cohérents entre eux. De nouvelles données auront très probablement un impact important sur la confiance dans l'estimation de l'effet et changeront probablement l'estimation.</li> <li>Nombre peu élevé de répondants dans le total des études considérées (en tenant compte du devis quantitatif ou qualitatif).</li> </ul>
<b>Preuve insuffisante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Résultat d'intérêt rapporté dans un seul article scientifique dont le SQ est faible ou dans un ou plusieurs articles scientifiques sans SQ.</li> <li>Pas de consensus entre les résultats quantitatifs et qualitatifs.</li> <li>Seulement des séries de cas. Il existe une forte incertitude sur l'effet estimé.</li> <li>Nombre très peu élevé de répondants dans le total des études considérées (en tenant compte du devis quantitatif ou qualitatif).</li> </ul>

**ANNEXE 5 - Implication des parties prenantes au cours de la démarche d'ETMI**

**Le conseil scientifique** est constitué d'un expert de la méthodologie d'ETMI et de deux experts de la problématique étudiée. Les membres du conseil ont le mandat de s'assurer de la pertinence et de la faisabilité du projet d'ETMI à la lecture du plan de réalisation et, à la fin du projet, ils agissent à titre de relecteurs externes du rapport préliminaire. Les membres du conseil ne font pas partie du comité de suivi pour une raison d'objectivité. Le conseil est consultatif et n'a aucun pouvoir décisionnel.

**Le comité de suivi** regroupe des représentants des parties prenantes, incluant le demandeur et deux usagers partenaires. Son mandat est d'accompagner l'équipe d'ETMI tout au long du projet. Les membres sont invités à se prononcer sur la problématique, les questions d'évaluation et les sources de données permettant d'y répondre, sur la stratégie de recherche documentaire, les données à recueillir ainsi que leur analyse. Sans être décisionnel, le comité de suivi a le pouvoir d'influencer la réalisation de certaines étapes du projet d'ETMI.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Psychiatric Association (2015). DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. (Traduit par J. D. Guelfi et M.-A. Crocq, 5e éd.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Best, K. L., Kirby, R. L., Smith, C. et Macleod, D. A. (2005). Wheelchair Skills Training for Community-Based Manual Wheelchair Users: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(12), 2316-2323. doi: 10.1016/j.apmr.2005.07.300.
- Best, K. L., Routhier, F. et Miller, W. C. (2015). A description of manual wheelchair skills training: current practices in Canadian rehabilitation centers. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 2015, Vol.10(5), p.393-400, 10(5), 393-400. doi: 10.3109/17483107.2014.907367
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., . . . Makarski, J. (2010a). Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. *Canadian Medical Association Journal*, 182(10), 1045. Repéré à <http://www.cmaj.ca/content/182/10/1045.abstract>
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., . . . Makarski, J. (2010b). Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. *Canadian Medical Association Journal*, 182(10), E472-478. doi: 10.1503/cmaj.091716.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (2014). Guide d'application régional de la déclaration des incidents et accidents. Repéré à <https://ciusssmcq.ca/telechargement/198/guide-d-application-regionale-de-la-declaration-des-incident-et-des-accidents-mc/>
- Couture, M. (2015). L'évaluation de la crédibilité des documents en ligne. Repéré à <http://benhur.telug.ca/ST/sciences/sci1021/evalweb.htm>
- CRD. (2009). Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. York, UK: University of York.
- Éditeur officiel du Québec. (2018, 18 juillet). Loi sur les services de santé et les services sociaux. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/S-4.2.pdf>
- Fuhrer, M. J., Jutai, J. W., Scherer, M. J. et DeRuyter, F. (2003). A framework for the conceptual modelling of assistive technology device outcomes. *Disability and Rehabilitation*, 25(22), 1243-1251. doi: 10.1080/09638280310001596207.
- Gavin-Dreschnack, D., Nelson, A., Fitzgerald, S., Harrow, J., Sanchez-Anguiano, A., Ahmed, S. et Powell-Cope, G. (2005). Wheelchair-related falls: current evidence and directions for improved quality care. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(2), 119-127. doi: 10.1097/00001786-200504000-00006.
- Gouvernement du Québec. (2013). Glossaire des termes usuels en mesure de performance et en évaluation. Pour une gestion saine et performante. Repéré à [https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/publications/glossaire\\_termes\\_usuels.pdf](https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/publications/glossaire_termes_usuels.pdf)

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2011). L'évaluation des technologies et des modes d'intervention en services sociaux. Repéré à [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/ServicesSociaux/UETMISS\\_2011/UETMISS\\_Aide-Memoire.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/ServicesSociaux/UETMISS_2011/UETMISS_Aide-Memoire.pdf)
- Kmet L.M., Lee R.C. et Cook L.S. (2004). Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields (HTA Initiative #13). [Edmonton, Canada], Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Repéré à <https://www.biomed-central.com/content/supplementary/1471-2393-14-52-s2.pdf>
- Martorello, L. et Swanson, E. (2006). Effectiveness of an automatic manual wheelchair braking system in the prevention of falls. *Assistive Technology, 18*(2), 166-169. doi: 10.1080/10400435.2006.10131915.
- Mikołajewska, E. (2013). Wheelchair-related falls - a review. *International Journal on Disability and Human Development, 12*(3), 259. doi: 10.1515/ijdhhd-2012-0115.
- Ministère de Santé et des Services sociaux. (2013). Guide d'utilisation du rapport de déclaration d'incident ou d'accident - AH-223-1. Repéré à [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/f7f6e601c73ef53b85256e1a006ba71f/d11170ca3d62f0be85257ca2005faf94/\\$FILE/AH-223-1\\_Guide%20\(2013-04\)%20S.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/f7f6e601c73ef53b85256e1a006ba71f/d11170ca3d62f0be85257ca2005faf94/$FILE/AH-223-1_Guide%20(2013-04)%20S.pdf)
- Ministère de Santé et des Services sociaux. (2016). Rapport 2015-2016 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-735-02W.pdf>
- Ministère de Santé et des Services sociaux. (2017a). Rapport 2016-2017 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-735-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). Nombre de chutes lors d'un transfert par mission, groupe d'âge, indice de gravité 2015-2016, 2016-2017 [Données non publiées]. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Office québécois de la langue française. (1997). Fiche terminologique - période de traitement. Repéré à [http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=2072839](http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=2072839)
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). Les chutes. Repéré à <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- Office québécois de la langue française. (2009). Fiche terminologique - prévention. Repéré à [http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=100290](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=100290)
- Office québécois de la langue française. (2018). Banque de dépannage linguistique. Repéré à [http://bdl.oqlf.gouv.qc.ca/bdl/gabarit\\_bdl.asp?id=1940](http://bdl.oqlf.gouv.qc.ca/bdl/gabarit_bdl.asp?id=1940)
- Régie de l'assurance maladie du Québec. (s.d.). Appareils suppléant à une déficience physique. Repéré à <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/appareils-suppleant-deficience-physique/Pages/appareils-suppleant-deficience-physique.aspx>
- Routhier, F., Kirby, R. L., Demers, L., Depa, M. et Thompson, K. (2012). Efficacy and Retention of the French-Canadian Version of the Wheelchair Skills Training Program for Manual Wheelchair Users: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 93*(6), 940-948. doi: 10.1016/j.apmr.2012.01.017.

- Samson, D. et 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. *Journal of General Internal Medicine*, *27 Suppl 1*, S11-19. doi: 10.1007/s11606-012-2007-7.
- Schöpfel, J. (2012). Vers une nouvelle définition de la littérature grise. *Cahiers de la Documentation*, *66(3)*, 14-24.  
Repéré à [https://archive-sic.ccsd.cnrs.fr/sic\\_00794984/document](https://archive-sic.ccsd.cnrs.fr/sic_00794984/document)
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., . . . Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *British Medical Journal*, *358*. doi: 10.1136/bmj.j4008.
- Tanaka, T., Matsushita, H., Sugihara, S., Izumi, T., Kato, N., Miyasaka, T., . . . Nakajima, Y. (2015). Development of Alert System Using Visual and Auditory Stimuli to Assist Patients with Cognitive Impairment During Wheelchair Operation. *Journal of Medical and Biological Engineering*, *35(5)*, 585-593. doi: 10.1007/s40846-015-0077-9.
- Varvasovszky, Z. et Brugha, R. (2000). A stakeholder analysis. *Health Policy and Planning*, *15(3)*, 338-345. doi: 10.1093/heapol/15.3.338.



**UETMISSS**

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



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

**Québec** 