

CONSEIL D'ÉTHIQUE CLINIQUE
Sous Commission Belle-Ideé

Systeme de surveillance électronique de l'errance

Question posée

L'installation d'un système de surveillance électronique de l'errance est-elle éthiquement acceptable et compatible avec la nouvelle loi régissant les mesures de contraintes en milieu hospitalier ?

Le contexte

En 2001 le CEC avait été saisi par la policlinique de gériatrie sur le sujet de la surveillance électronique de l'errance. Une nouvelle demande, émanant cette fois de l'Hôpital de Loëx, survient alors qu'un changement législatif est intervenu dans l'intervalle. En conséquence, le CEC reprend cette question, qui est toujours d'actualité, dans le présent avis, pour tenir compte de la loi de 2006 sur les mesures de contrainte, et des informations disponibles actuellement.

Le site de Loëx compte à ce jour 108 lits destinés à des patients en attente d'EMS. Par essence, cette population compte un nombre élevé de patients (60 à 80%) qui présentent des troubles neuropsychologiques (principalement des démences). La multiplicité des risques potentiels (routes, arrêts de transports publics, proximité de la forêt et du Rhône) ne fait qu'augmenter le risque de lésions sérieuses et, dans de nombreux cas, l'anxiété ressentie par le patient dans sa déambulation. L'aide qu'apporte un système de bracelet anti-errance consiste donc en un meilleur contrôle de la déambulation et des risques qui y sont liés.

Dans le cadre du nouvel examen de cette question, le CEC entend donner un avis général qui soit aussi adapté aux autres établissements hospitaliers des HUG.

L'errance, à la différence de la fugue, est définie par des déambulations répétées initiées par une personne désorientée dont les intentions sont imprévisibles et incompréhensibles. Par opposition, la fugue est un acte délibéré et explicable (www.multimania.com/papidoc, Klein DA et al., Int. J.Geriatri.Psychiatry 1999, 14, 272).

Dans les institutions qui accueillent des patients désorientés, le risque d'errance persiste malgré des moyens d'accompagnement (fermeture des portes, peinture au sol, parc fermé) et/ou de présence renforcés. Ceci représente un danger évident lorsque la personne quitte l'établissement sans être remarquée et qu'elle n'est pas localisable immédiatement.

Expérience du système anti-errance

Depuis 2001, l'Hôpital des Trois Chêne utilise un système anti-errance qui consiste en un bracelet ou un médaillon accroché au patient qui présente des risques d'errance. Des détecteurs sont disposés dans le bâtiment d'accueil pour signaler le déplacement du patient en dehors d'un périmètre défini au préalable comme étant "à risque".

La mise en place de ce système se fait avec l'accord du patient s'il est capable de discernement, lorsque le risque d'errance est avéré. Dans le cas où le patient n'a pas sa capacité de discernement, la question est soumise aux proches afin d'obtenir leur accord.

Ce support technique est généralement bien toléré, bien que certains patients l'enlèvent. Les proches l'acceptent assez bien et ils sont soulagés de savoir leur patient sous surveillance. Les professionnels l'apprécient pour la même raison. Les patients "errants" se déplacent très vite et, malgré le dispositif, ils sont parfois retrouvés à bonne distance de l'hôpital. L'efficacité du dispositif n'est donc pas absolue, d'autant plus que certains patients retirent leur bracelet. Aucune intolérance cutanée ou blessure n'ont été constatées. L'expérience est décrite comme bonne par les soignants.

Un système anti-errance est également employé dans le service de neuro-rééducation du département NEUCLI. Il s'agit d'un badge inséré dans un bracelet en tissu, employé sur prescription médicale, et dont le passage près d'une borne fait sonner les bips rattachés au système. Une photo du patient est par ailleurs affichée dans l'unité, ainsi qu'à la loge de la réception.

La psychiatrie gériatrique utilise par ailleurs un système de digicode à la sortie d'unités où sont hospitalisées des personnes à risque d'errance. Le code est indiqué en dessus de la tablature et l'unité reste ainsi ouverte pour les personnes capables de le reproduire.

Ces systèmes anti-errance s'inscrivent dans les efforts pour améliorer la sécurité des personnes atteintes de démence et susceptible d'errer. Les mesures proposées dans ce contexte incluent le port de bracelets déclenchant des alarmes au passage de bornes électroniques (bracelet anti-errance), mais aussi des moyens pharmacologiques, ainsi que des aménagements visuels et architecturaux, la fermeture d'unités spécialisées par des moyens ne limitant la sortie qu'aux personnes atteintes de démence (digicode, double poignée, etc.), et la surveillance par GPS. Un lien entre le stress professionnel des soignants et l'errance a été démontré (1), sans qu'il soit bien sûr facile de déterminer lequel est à l'origine de l'autre. Ces différentes approches, peu étudiées, reflètent les différentes compréhensions causales de l'errance, à savoir les approches biomédicales (2), psychosociales, ou de type interaction personne-environnement (3). Une revue récente de la littérature indique la liste suivante (4) :

- les **groupes de marche**, qui ne semblent pas efficaces pour diminuer l'errance ;
- l'**exercice thérapeutique**, qui ne l'est pas non plus ;
- des **jardins d'errance** sont décrits, mais ils ont été peu étudiés. Etant donné qu'il s'agit d'environnements fermés, ils sont probablement efficaces sur le taux de disparition des patients ;
- les **barrières subjectives**, comme la peinture du sol, les miroirs, le camouflage des poignées de portes ont été plus largement étudiés et semblent efficaces, mais les problèmes méthodologiques des études réalisées ne permet pas de conclusion claire ;
- la **sécurisation de l'environnement** pour limiter les risques lors de l'errance n'a pas fait l'objet d'études ;
- la **présence d'une infirmière spécifiquement formée** lors des repas améliore le comportement d'errance lors de ceux-ci ;
- l'**adaptation des activités** aux capacités cognitives des patients diminue les comportements inadaptés ;
- les **systèmes d'inscription avec port d'identification et d'annonce d'errance** existent, et les versions comportant un bracelet électronique ont permis de réduire les temps de recherche à une moyenne de 30 minutes ;
- la **surveillance électronique** comporte deux modalités. La première est la **restriction dans un périmètre** par la pose de bornes activées par un dispositif porté par le patient. La variante la plus décrite déclenche de la musique, ce qui peut en soi interrompre l'errance suffisamment pour permettre de ramener la personne. Les bracelets doivent être prévus pour ne pouvoir être enlevé qu'à deux mains, mais même ainsi 1/40 personnes parviennent à l'enlever. Dans une étude récente, aucun effet secondaire n'est rapporté (5). La seconde est la **surveillance électronique par GPS**.

Une étude de faisabilité a révélé que les la coopération du patient pouvait poser problème et que l'usage du système en milieu urbain était limitée par l'étendue du signal dans ce contexte.

La surveillance par téléphonie mobile a également été étudiée et elle semble peu invasive. Si elle est difficile à appliquer pour les proches (6), elle pourrait être plus applicable en milieu institutionnel.

Plusieurs méthodes sont actuellement employées aux HUG. A noter le système *Quo Vadis* à l'unité SOMADEM de l'Hôpital des Trois-Chêne, un système d'alerte lors du passage des bornes du périmètre par une puce électronique ; un système de digicode en à l'unité des Blés en psycho-gériatrie, avec indication du code au dessus de la tablature ; un système double dans le service de neuro-rééducation, reposant sur le port d'un bracelet muni d'une puce électronique alertant les soignants lors du passage des bornes de périmètre, mais également sur la diffusion des photos des personnes concernées à la réception de l'hôpital de Beau-Séjour.

Cadre juridique

Le port d'un système anti-errance peut constituer une atteinte à la liberté personnelle et il peut être considéré comme une mesure de contrainte.

On trouve, dans la Loi sur la santé K 1 03 du 6 avril 2006 deux articles qui traitent des mesures de contrainte :

Art. 50 Mesures de contraintes en général

- 1 Par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite. Le droit pénal et civil en matière de mesures thérapeutiques et d'internement et de privation de liberté à des fins d'assistance est réservé, de même que la législation en matière de lutte contre les maladies transmissibles de l'homme.
- 2 A titre exceptionnel et, dans la mesure du possible, après en avoir discuté avec le patient, respectivement le représentant qu'il a désigné, le représentant légal ou ses proches, le médecin responsable d'une institution de santé peut, après consultation de l'équipe soignante, imposer pour une durée limitée des mesures de contrainte strictement nécessaires à la prise en charge du patient:
 - a) *si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas et*
 - b) *si le comportement du patient présente un danger grave pour la sécurité ou la santé de lui-même ou d'autrui.*
- 3 Le médecin responsable d'une institution de santé peut déléguer cette prérogative à un autre professionnel de la santé compétent.
- 4 La mise en cellule d'isolement à caractère carcéral est interdite.

Art. 51 Mesures de contrainte – Modalités et protection des patients

- 1 La surveillance du patient est renforcée pendant toute la durée de la mesure de contrainte, dont le maintien fait l'objet d'évaluations régulières et fréquentes. Un protocole comprenant le but et le type de chaque mesure utilisée, ainsi que le nom de la personne responsable et le résultat des évaluations est inséré dans le dossier du patient.
- 2 Le patient, le représentant qu'il a désigné pour prendre en son nom les décisions de soins, son représentant légal et ses proches peuvent s'adresser à la commission de surveillance pour demander l'interdiction ou la levée des mesures de contrainte.

La loi admet donc une restriction à la liberté personnelle lorsque celle-ci repose sur une base légale, qu'elle est justifiée par un intérêt public ou par des circonstances cliniques décrites dans la loi et qu'elle respecte le principe de proportionnalité. Toutefois, les mesures de contrainte peuvent faire l'objet d'une demande d'interdiction ou de levée par le patient ou ses représentants auprès de la commission de surveillance.

Dilemme éthique

La mise en œuvre de systèmes de prévention de l'errance peut représenter plusieurs tensions éthiques distinctes. L'usage de ces systèmes répond à un souci pour la **sécurité des patients** lui-même fondé sur le principe de **bienfaisance**. En même temps, leur utilisation peut poser des problèmes de **confidentialité**, surtout dans le cas de la surveillance par GPS ou téléphonie mobile, elle risque d'amener une **stigmatisation** des personnes qui portent les divers dispositifs prévus, surtout lorsqu'ils ressemblent à des systèmes employés chez les détenus et ces dispositifs limitent bien sûr la **liberté des patients**.

Il est important dans ce contexte de bien distinguer la **liberté** et l'**autonomie**. Ces deux valeurs, souvent suffisamment proches pour être comprises ensemble sous le même terme, sont ici très différentes. L'autonomie consiste en la possibilité de se donner ses propres règles et de déterminer ses propres choix. Or, l'errance d'une personne démente, incapable de discernement, n'est justement pas l'expression d'un choix autonome. Un système de prévention de l'errance ne limitera donc pas l'autonomie *par définition*, mais seulement lorsqu'il contrevient à la volonté exprimée (ou présumée) du patient. La liberté dans le cadre de cet avis fait appel à la liberté physique de se déplacer ou de se mouvoir. Elle est donc limitée *par définition* par l'usage d'un système préventif de l'errance dans les cas où il s'agit de définir un périmètre au-delà duquel le patient n'a pas le droit d'aller, ou au-delà duquel on ira le chercher. La pose d'un bracelet anti-errance ne limite donc pas nécessairement l'autonomie du patient, mais elle limite en revanche sa liberté de se déplacer.

Dans le conflit de valeurs inhérent à l'usage d'un système de prévention de l'errance, on peut évoquer trois principes de base. Le système utilisé doit être le moins restrictif possible sur la liberté du patient. C'est le principe de **subsidiarité**. C'est la raison pour laquelle on recherchera la méthode permettant la plus grande liberté possible compatible avec le degré de sécurité souhaité.

La **proportionnalité** doit également être respectée, c'est-à-dire que la limitation de la liberté (même causée par le moyen le moins restrictif possible) doit être justifiée par le degré de protection offerte au patient. Deux aspects sont ici importants. Premièrement, réaliser une pesée de valeurs en conflit est légitime : on choisira l'option permettant d'en transgresser le moins possible, mais parfois aucune de ces options ne permet de les respecter toutes entièrement. Deuxièmement, il faut avoir conscience, dans cette pesée, des limites des méthodes employées. Les méthodes peuvent parfois être combinées. Par exemple, certains systèmes de bracelets d'alerte sont couplés à des systèmes de localisation par GPS, ce qui représente une sécurité supplémentaire. Dans certains contextes, une combinaison de plusieurs méthodes peut contribuer à atteindre une efficacité suffisante. Le principe de proportionnalité doit, dans ces cas, s'appliquer à l'ensemble des mesures employées.

Chaque fois que c'est possible, on obtiendra également le **consentement** du patient, ou tout au moins on lui expliquera autant que possible les raisons de l'usage du système choisi. Dans les cas où la capacité de discernement du patient n'est présente que parfois seulement, on obtiendra son consentement à ces moments là. Le but est de respecter autant que possible l'autonomie, même partielle, des patients, mais aussi d'éviter que des personnes limitées dans leur liberté ne se sentent punies ou humiliées.

Réflexions

Parmi les différentes mesures anti-errance décrites plus haut, on peut relever trois groupes qui posent des combinaisons différentes d'enjeux éthiques :

- 1) certaines mesures **enferment**. C'est le cas des jardins d'errance, des digicodes, mais aussi des mesures architecturales comme les barrières subjectives et l'utilisation de poignées de porte inhabituelles limitant la mobilité des personnes incapables d'en apprendre le fonctionnement. Ce type de systèmes représente une limitation claire de la liberté de mouvement, dont l'importance variera avec le périmètre laissé à disposition des personnes concernées. Leur efficacité peut être bonne. Cependant, elle n'est pas absolue. Une de ses limitations est qu'une fois la porte passée, on ne sait plus où se trouve la personne ;
- 2) certaines mesures **surveillent**. C'est le cas des groupes de marche, mais surtout de la surveillance électronique par GPS ou téléphonie mobile. Ce type de systèmes représente une limitation nettement moindre de la liberté de mouvement. Leurs problèmes principaux sont le potentiel de stigmatisation et l'intrusion dans la vie privée. La nécessité de porter un dispositif spécifique identifie en effet les personnes visées par la surveillance. Selon le degré de précision, on saura par ailleurs non seulement si une personne quitte le périmètre, mais également où elle se trouve à tout moment, et donc indirectement (en tout cas partiellement) ce qu'elle fait ;
- 3) finalement, certaines mesures **alertent**. C'est le cas du bracelet ou des puces anti-errance, du signalement des patients à la réception ou aux autorités de police locale. Ce type de systèmes représente une restriction intermédiaire de la liberté de mouvement. Il laisse au patient une liberté relative : le patient peut déambuler dans un espace restreint et il est ramené dans son unité lorsqu'il s'éloigne du périmètre de sécurité. De plus, les autres patients et les familles ne sont pas pénalisés ou restreints dans leurs mouvements. C'est aussi un système peu intrusif sur la vie privée, puisqu'il ne permet de localiser la personne concernée que lorsqu'elle passe une borne du système. Il est cependant probable qu'il soit aussi le moins efficace, cumulant la possibilité physique de sortir avec l'impossibilité de localiser une personne sortie des limites marquées. Mais les études manquent. Le port d'un dispositif spécifique pose ici les mêmes problèmes de stigmatisation potentielle que les systèmes de surveillance.

Pour respecter le principe de proportionnalité, le choix d'une méthode nécessite de savoir si les avantages objectifs qu'elle représente justifient le 'coût moral' en terme des valeurs mises en retrait. Le bracelet anti-errance représente à ce titre une sorte de compromis. Sur l'échelle du degré de restriction de la liberté il est comparable aux systèmes de surveillance, puisque là aussi on ne limitera la mobilité que passé un périmètre prédéfini. Par rapport aux systèmes de fermeture, il représente une limitation de la liberté moindre. Par ailleurs, sur l'échelle de l'intrusion dans la vie privée, il représente une surveillance légèrement plus intrusive que les systèmes fermés, puisque l'on sait où se trouve la personne lorsqu'elle passe la borne, mais par rapport aux systèmes de surveillance l'intrusion est clairement moindre. Le 'coût moral' est ici plutôt modeste, et lorsque son efficacité est raisonnablement suffisante c'est donc sans doute le système à privilégier actuellement par rapport aux autres alternatives. Cependant, il peut arriver que son efficacité soit insuffisante. Il se peut qu'une autre méthode représente un avantage suffisant en termes de sécurité pour lui être préférée. Cette question doit être traitée au cas par cas selon les spécificités des sites et des risques encourus par les patients susceptibles d'errance.

Le Conseil d'Ethique Clinique a également discuté de ces enjeux avec une représentante de l'Association Suisse-Alzheimer. Dans ses discussions, qui concernent surtout la mise en place de systèmes anti-errance au domicile du patient, cette association privilégie l'élargissement du périmètre de déplacement (qu'un système anti-errance permet, à l'inverse de l'enfermement à domicile), l'absence de limitation sur les mouvements de proches,

ainsi que le consensus entre la famille, le patient autant que possible, et le médecin traitant. Il est également important que des réévaluations régulières aient lieu, aucun système ne devant être introduit 'pour toujours'. La charte éthique de *ER Systems* qui a travaillé avec la Fondation Suisse pour les Téléthèses, reprend aussi essentiellement les mêmes éléments.

Elle prévoit ainsi que :

« *La surveillance électronique des personnes errantes...*

1. *Doit contribuer au maintien de la personne errante dans son environnement familial*
2. *Doit augmenter ou préserver la liberté de la personne*
3. *Doit améliorer ou préserver la relation entre la personne errante et son entourage*
4. *Doit être acceptée par la personne et son entourage (Cette décision est révocable)*
5. *Doit respecter la dignité de la personne. »*

Le comité d'éthique de la FEGEMS, que nous avons également contacté, ne s'est pas encore penché sur la question.

Quelle que soit la méthode choisie, il faut également diminuer autant que possible le 'coût moral' encouru *par la méthode choisie*. A titre d'exemples, dans le cas des systèmes fermés, on élargira autant que possible le périmètre et l'on prévoira des moments de sortie accompagnée. On limitera autant que possible l'atteinte à la liberté de mouvement de patients non visés par ces mesures, ainsi que des visiteurs et des soignants. On prévoira des mesures spécifiques en cas d'évacuation des locaux pour limiter le risque que peut représenter à un tel moment un milieu fermé.

Dans les cas des systèmes de surveillance et d'alerte, on minimisera la visibilité des dispositifs portés par les patients pour limiter autant que possible le risque de **stigmatisation**. Il n'est cela dit pas justifiable de placer un bracelet ou un dispositif de surveillance à l'insu du patient ou -si celui-ci n'est pas en mesure de saisir la portée de l'acte- à l'insu de ses représentants ou de ses proches. Dans le cas des systèmes de surveillance, un système qui ne permettrait de localiser la personne qu'une fois le périmètre dépassé serait à préférer à un système de surveillance 'universel' qui permettrait de connaître sa position à tout moment même à l'intérieur de la 'zone sûre'.

Enjeux dans la mise en pratique

La mise sur pied d'un programme anti-errance pose quelques questions pratiques. En effet, la pose d'un bracelet n'est pas un but en soi, mais un outil à la disposition du personnel soignant pour plus d'efficacité et plus de bienfaisance pour les malades. Il est donc important non seulement de choisir le système le plus adapté, mais également d'en établir les règles d'utilisation, et d'en évaluer les effets pratiques.

Aucuns de ces systèmes n'est anodin. Leur utilisation doit faire l'objet d'une évaluation au cas par cas quant à leurs risques et leurs indications. Le port d'un dispositif, ou l'admission dans une unité munie de barrières architecturales (digicode, etc.) doit faire l'objet d'une **prescription médicale** basées sur les **critères prévus par la loi**, à savoir la constatation que 'd'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas' et que 'le comportement du patient présente un danger grave pour la sécurité ou la santé de lui-même ou d'autrui'. Toute prescription de ce type doit faire l'objet de **réévaluations régulières** selon un **calendrier établi lors de la prescription** et qui dépendra de l'évolutivité de la situation et du degré de restriction de la liberté par les mesures mises en œuvre.

La 'Procédure d'introduction d'une mesure de contention' du Département de psychiatrie (2007) est très proche du cadre juridique. Elle prévoit que la décision de mise en œuvre soit basée sur 1) la nécessité d'assurer la sécurité du patient ou d'autres patients, 2) l'échec ou l'impossibilité de mesures moins restrictives de la liberté personnelle, 3) un danger qui ne soit pas dû à une cause traitable dans l'immédiat (douleurs, effets secondaires de médicaments). Cette décision incombe au médecin chef de clinique. Cette même directive prévoit un renouvellement de l'évaluation et de la prescription au moins toutes les 24h pour la contention physique, et toutes les 72 heures pour les barrières au lit. Un système électronique de surveillance de l'errance n'est pas assimilable à une contention physique de types attaches, et il peut donc être raisonnable d'espacer les évaluations de quelques jours. Cependant, elles doivent avoir lieu plus fréquemment si l'évolution du patient laisse penser qu'il pourrait plus rapidement ne plus en avoir besoin. Une directive institutionnelle en cours d'élaboration pour l'ensemble des HUG sur l'usage des mesures de contraintes inclut explicitement les bracelets électroniques parmi les mesures concernées. Elle précise que toute mesure de contrainte ne peut être employée qu'à titre exceptionnel, en cas de danger grave pour la sécurité ou la santé du patient ou d'autrui. On ne peut introduire une mesure de contrainte que si l'on a envisagée, et le cas échéant tentée, une alternative moins contraignante. Toute mesure de contrainte doit respecter la proportionnalité. Un protocole de service est requis, l'application de la contrainte ne se fait que sur prescription médicale, en stipulant sa durée maximale, et doit faire l'objet de révisions fréquentes. Cette prescription est discutée avec le patient et/ou ses proches, qui sont informés des voies de recours.

Chaque fois que c'est possible, y compris lors de moments où la capacité de discernement est présente chez des patients qui ne l'ont pas toujours, on obtiendra le **consentement** du patient. Tout au moins on lui expliquera autant que possible les raisons de l'usage du système choisi. Les proches doivent également être informés. Pour fournir une information concrète, certaines équipes incluent les proches lorsqu'ils évaluent la capacité du patient à se déplacer de manière sûre dans les environs de l'unité de soins. Lorsque le patient est incapable de discernement, on ira chercher auprès de ses proches les informations sur ce que le patient, à leur avis, *aurait voulu* s'il était capable de discernement. L'article 50 de la loi K 1 03 précise qu'en cas d'incapacité de discernement, le représentant que le patient a désigné, le représentant légal ou ses proches doivent être consultés. Le cas échéant, le patient et/ou ses proches doivent être informés de la possibilité de recours auprès de la commission de surveillance.

Tous ces points peuvent être difficiles à mettre en pratique dans la mesure où un système de surveillance qui fonctionne peut cesser d'être perçu comme une situation nécessitant une action médicale. Il est important que la formation continue des médecins et des soignants inclue régulièrement un rappel sur les conditions légales à remplir pour établir ce type de mesures de contraintes.

Il peut arriver qu'un patient, conscient de son risque d'errance, demande de son propre chef, du fait de son autonomie, à ce qu'on restreigne sa liberté. Les mêmes mesures de prudence et de proportionnalité que dans la contrainte involontaire doivent être appliquées à ces situations.

Il est également important d'évaluer l'efficacité, les avantages, et les inconvénients des systèmes mis en place. A titre d'exemple, on peut évaluer la fréquence de l'errance, mais aussi celle de troubles du comportement pouvant signer un changement du degré de stress éprouvé par les patients qui sont, ou ne sont pas, limités dans leurs mouvements. L'acceptation de limite à sa liberté de mouvement, ou le sentiment d'humiliation ou de stigmatisation, sont plus difficiles à évaluer, mais on peut s'imaginer des contextes où ce serait possible. Les études actuelles, si elles demandent souvent l'avis des proches et des soignants, demandent peu l'avis des patients directement concernés par ses systèmes. (7) Selon l'expérience des soignants des HUG, que le Conseil a sollicités lors des entretiens préparatoires à cet avis, la plupart des patients acceptent assez facilement ce genre de système dans la mesure où on leur explique que le but est d'assurer leur sécurité : la difficulté principale est la fréquence des troubles mnésiques dans cette population.

Elle mène à des épisodes répétés d'incompréhensions –et de frustration- devant la 'découverte' renouvelée du dispositif, et des limites imposées aux déplacements. Les équipes consultées n'ont pas relevé de gêne chez les patients non directement concernés par le dispositif.

Ces aspects pourraient faire l'objet d'une évaluation plus systématique et ils doivent conduire à une réévaluation régulière du choix du système anti-errance. Une telle revue du système choisi est de toute manière recommandable au vu de la rapidité des progrès technologiques et de l'évolution des systèmes disponibles. Il semble raisonnable de prévoir une remise en question du système choisi une fois tous les trois ans, ou lors de percées technologiques suffisamment importantes pour améliorer substantiellement le degré de sécurité du système, ou la liberté laissée aux personnes concernées.

Recommandations – Avis Consultatif du Conseil d'Ethique Clinique

- Le choix d'une méthode de surveillance électronique doit faire l'objet d'une pesée tenant compte des conséquences de différents dispositifs sur la **sécurité, la liberté, la confidentialité, et l'importance d'éviter la stigmatisation**. Tout sacrifice d'une de ces valeurs ne doit être consenti **qu'en l'absence d'une alternative** permettant de mieux les protéger toutes. La **proportionnalité** doit également être respectée : notamment, toute atteinte à la liberté, même la plus faible parmi les alternatives disponible, doit être justifiée par le degré de protection offerte au patient.
- Une fois un système choisi, ses désavantages en termes des valeurs mises en retrait doivent être **minimisés** autant que possible.
- L'application d'une mesure de surveillance électronique **est à considérer comme une mesure de contrainte**. Elle doit faire l'objet:
 - 1) d'un protocole pré-établi pour son application,
 - 2) d'une prescription médicale,
 - 3) d'un calendrier établi lors de la prescription et prévoyant la durée de la mesure ainsi que la fréquence de sa réévaluation.
- L'utilisation d'un système de surveillance électronique nécessite le **consentement** du patient capable de discernement. Même en cas d'incapacité de discernement, on lui expliquera autant que possible les raisons de l'usage du système choisi. Les proches d'un patient incapable de discernement doivent également être informés. Le patient, et le cas échéant ses proches, doivent être avertis des voies de recours.
- Il est important que la **formation continue** des médecins et des soignants inclue régulièrement un rappel sur les conditions légales à remplir pour établir une mesure de contrainte.
- Il est important d'**évaluer** l'efficacité, les avantages et les inconvénients des systèmes mis en place. Au vu de la rapidité des progrès technologiques, une nouvelle comparaison du système choisi aux autres systèmes disponibles est recommandée tous les trois ans, ou lors de percées technologiques suffisamment importantes pour améliorer substantiellement le degré de sécurité du système, ou la liberté laissée aux personnes concernées.

Genève, 16 juin 2009.



Pr JC CHEVROLET
Vice-président
Sous-Commission Belle-Idée

Références

1. Edvardsson D, Sandman PO, Nay R, Karlsson S. Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. *Int Psychogeriatr* 2008 Aug;20(4):764-76.
2. Rolland Y, Payoux P, Lauwers-Cances V, Voisin T, Esquerre JP, Vellas B. A SPECT study of wandering behavior in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005 Sep;20(9):816-20.
3. Yao L, Algase D. Environmental ambiance as a new window on wandering. *West J Nurs Res* 2006 Feb;28(1):89-104.
4. Hermans DG, Htay UH, McShane R. Non-pharmacological interventions for wandering of people with dementia in the domestic setting. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(1):CD005994.
5. Miskelly F. A novel system of electronic tagging in patients with dementia and wandering. *Age Ageing* 2004 May;33(3):304-6.
6. Miskelly F. Electronic tracking of patients with dementia and wandering using mobile phone technology. *Age Ageing* 2005 Sep;34(5):497-9.
7. Robinson L, Hutchings D, Dickinson HO, Corner L, Beyer F, Finch T, et al. Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007 Jan;22(1):9-22.