

Centre d'études sur les troubles obsessionnels-compulsifs et les tics  
Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal  
Comité élargi sur le trouble d'accumulation compulsive (TAC) de Montréal

**Trouble d'accumulation compulsive**  
**Rapport final de la recherche de faisabilité**



Janvier 2016

Pour en savoir davantage sur le Comité élargi TAC, communiquez avec Mme Marie-Michèle Mondor, organisatrice communautaire au CLSC de St-Henri : [mariemichele.mondor.sov@ssss.gouv.qc.ca](mailto:mariemichele.mondor.sov@ssss.gouv.qc.ca) ou au 514-933-7541 poste 58442.

Pour en savoir davantage sur le Centre d'études sur les troubles obsessionnels compulsifs et les tics : [www.tictactoc.org](http://www.tictactoc.org) ou au 514 251-4015 poste 3585.

DOI: 10.13140/RG.2.1.1496.1682

ISBN : 978-2-550-74944-8 (PDF)

## Équipe de projet

### Chercheurs principaux

- Kieron O'Connor
- Natalia Koszegi

### Assistante de recherche

- Yuliya Bodryzlova

### Membres du comité d'experts

- Marie-Michèle Mondor
- Marie-Carole de Beaumont
- Stéphane Perron
- Annick Simard
- Matthew Biddle
- Christian Ducasse

### Correction linguistique

- Karine Bergeron
- Annick Simard

### Rédaction

- Yuliya Bodryzlova

## Préface

J'aimerais remercier les spécialistes en activités cliniques et les chefs des programmes des guichets d'accès en santé mentale, qui ont donné de leur temps malgré leur horaire chargé de fin d'année afin de répondre aux questions. Je tiens à exprimer ma reconnaissance pour leur bienveillance et pour la générosité avec laquelle ils ont partagé leur expérience.

Enfin, merci aux bénévoles du Centre d'études sur les TOC et les tics : Vickie Auclair et Laurie Bonenfant-Ménard pour leur aide.

Yuliya Bodryzlova,

Assistante de recherche

Centre d'études sur les troubles obsessionnels-compulsifs et les tics (CETOCT)

Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM)

## Abréviations

GASM : guichet d'accès en santé mentale

CÉTAC : Comité élargie sur l'accumulation compulsive de Montréal

TAC : trouble d'accumulation compulsive

## Liste des tableaux et des figures

### Liste de tableaux

Tableau 1. Taux de réponse par régions du Québec

Tableau 2. Nombre d'utilisateurs par 10 000 de la population par régions du Québec

Tableau 3. Outils à l'accueil par régions du Québec

Tableau 4. Outils d'intervention par régions du Québec

Tableau 5. Besoins des GASM par régions du Québec

### Liste des figures

Figure 1. Modèle des soins auprès d'un usager

Figure 2. Taux de réponse des GASM

Figure 3. Nombre d'utilisateurs par 10 000 des régions du Québec

Figure 4. Outils utilisés à l'accueil des usagers

Figure 5. Répartition de l'utilisation des outils d'évaluation préliminaire de l'utilisateur

Figure 6. Répartition de l'utilisation des outils d'évaluation préliminaire de la maison de l'utilisateur

Figure 7. Outils utilisés à l'accueil des usagers

Figure 8. Répartition des réponses à la question « Qui typiquement signale les cas de TAC? »

Figure 9. Communications des GASM

Figure 10. Besoins des GASM

Figure 11. Réponses sont représentées dans la figure 10

Figure 12. Barrières et limites des GASM

## Table des matières

Équipe de projet .....	iii
Préface.....	iv
Abréviations.....	v
Liste des tableaux et des figures .....	vi
Information générale sur le TAC.....	8
interventions intégrées, continues et centrées sur le patient .....	10
Objectifs et méthodes .....	11
objectifs de la recherche .....	11
Méthode.....	11
Résultats .....	13
Taux de réponse et de soins.....	13
nombre d’usagers.....	14
L’accueil.....	15
Évaluation et interventions .....	16
Évaluation.....	16
Interventions .....	17
L’aide avec le désencombrement.....	17
communications et collaborations.....	19
Préférences et barrières.....	22
Préférences.....	22
Les limites et les barrières.....	23
Conclusion .....	25
Recommandations.....	26
Limites de la recherche .....	27
References.....	28
Annexe.....	30
Questionnaire.....	30
Tableau 1. Taux de réponses par les régions du Québec.....	33
Tableau 2. Nombre des usagers par 10 000 de la population par les régions du Québec.....	34
Tableau 3. Les outils de l’accueil par les régions du Québec .....	35
Tableau 4. outils d’intervention par régions du Québec.....	36
Tableau 5. Besoins des GASM par les régions du Québec .....	37

## Information générale sur le TAC

Le trouble d'accumulation compulsive (TAC) se caractérise par des difficultés de détachement et de séparation avec des possessions sans égard à leur valeur réelle. Ces comportements mènent à des conséquences graves au niveau émotionnel, physique, social, financier et même légal pour les accumulateurs et leurs proches. Les possessions encombrant les espaces actifs des lieux d'habitation et de travail au point qu'il n'est plus possible d'utiliser ces espaces et ces possessions (Association 2013).

Dans la population générale, la prévalence des difficultés de détachement avec des possessions est de 20.6% (Rodriguez, Simpson et al. 2013). La prévalence du TAC a été évaluée en Angleterre entre 1.5% (Nordsletten, Reichenberg et al. 2013) et 2.3% (Iervolino, Perroud et al. 2009); en Italie - 3.7-6.0% (Bulli, Melli et al. 2014), en Allemagne - 4.6% (Mueller, Mitchell et al. 2009), aux É.-U.- 4% (Samuels, Bienvenu et al. 2008), à Singapour- 2% (Subramaniam, Abdin et al. 2014); et à 6.7% aux Pays-Bas (Mathews, Delucchi et al. 2014).

Chez les adolescents de 15 ans, la prévalence du TAC est de 2%, plus chez les filles que chez les garçons (Ivanov, Mataix-Cols et al. 2013). Chez les gens qui cherchent de l'aide pour des problèmes de logement, 22% souffrent du TAC (Rodriguez, Herman et al. 2012).

Généralement, les accumulateurs sont des hommes âgés, avec une probabilité plus élevée de comorbidités au niveau physique et mental (Nordsletten, Reichenberg et al. 2013).

Chez les gens souffrant du TAC, ont décrits des troubles avec les processus de décision (Tolin and Villavicencio 2011), l'intolérance envers l'incertitude (Alschuler and Beier 2015), le déficit du contrôle de soi, (Timpano and Schmidt 2013), l'impulsivité motrice ainsi que le comportement impulsif comme une réponse aux affects négatifs et le manque de persévérance (Timpano, Rasmussen et al. 2013), le manque de contrôle mental, de mémoire de travail, d'inhibition et de flexibilité cognitive (Ayers, Wetherell et al. 2013), l'évitement (Ayers, Castriotta et al. 2014), la tolérance faible aux émotions négatives (Timpano, Shaw et al. 2014) et une sensibilité à l'anxiété (Timpano, Buckner et al. 2009; Medley, Capron et al. 2013).

L'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle montre, chez ces personnes, des anomalies au niveau du cortex cingulaire et de l'insula lors de la prise de décision sur le détachement avec leurs possessions. L'imagerie par la résonance magnétique structurale a découvert des changements au niveau des ganglions de la base.

Les causes probables du TAC sont : les facteurs génétiques et environnementaux (Liang, Wang et al. 2008; Bloch, Bartley et al. 2014; Monzani, Rijdsdijk et al. 2014); les événements traumatiques (Landau, Iervolino et al. 2011); et le trouble d'attachement (Gordon, Salkovskis et al. 2013; Medard and Kellett 2014).

Le TAC provoque des situations néfastes comme la dissociation familiale et sociale et des problèmes avec le propriétaire du logement. De plus, lors de l'inspection du bâtiment par le service de prévention des incendies et de la police, l'encombrement ne facilite pas le travail des intervenants (Ayers, Saxena et al. 2010; Sampson 2013; Buscher, Dyson et al. 2014; Drury, Ajmi et



al. 2014). Enfin, les personnes souffrant d'accumulation compulsive avaient sept jours ouvrables d'absence au travail dans le mois précédant l'étude. De plus, l'étude montre que ces personnes avaient un risque de 12% d'éviction et que 0.1-3% d'eux ont forcé au moins un membre de leur famille à quitter leur maison à cause de l'encombrement de celle-ci (Tolin, Frost et al. 2008).

Les accumulateurs utilisent les services de santé mentale cinq fois plus que les non-accumulateurs. En 1994, les 94 cas de TAC à Ottawa ont nécessité des dépenses de 133k \$ pour des services en santé publique, sans tenir compte des autres dépenses (par ex. la police, les travailleurs sociaux, etc.) (Dinning 2006).

## Interventions intégrées, continues et centrées sur le patient

Vu l'absence des lignes directrices pour l'organisation des soins auprès des usagers souffrants du TAC, la stratégie *No Room To Spare* (Dinning 2006) prise à Ottawa en 2006, a été considéré comme un modèle.

Entre autres, cette stratégie décrit un modèle d'organisation des soins, qui comprend trois parties : l'accueil, l'évaluation et les interventions.

Les objectifs de l'accueil sont : enregistrer l'utilisateur, évaluer la priorité des interventions et garder l'information pour faciliter le suivi des cas récurrents.

L'objectif des interventions est d'encourager l'utilisateur à commencer le désencombrement. Il est préférable que l'efficacité des approches et des méthodes d'intervention soit prouvée dans des essais cliniques et que les approches et méthodes soient bien décrites ; que la documentation soit accessible. Les situations qui demandent une approche particulière sont les situations de crise où l'intervention doit être faite sans le consentement de l'utilisateur. Dans ce cas, il serait souhaitable que les intervenants soient mieux outillés afin d'intervenir.

L'objectif du soutien de longue durée est d'aider les usagers à ne pas encombrer de nouveau. Le trouble d'accumulation est une situation qui dure à vie; c'est pourquoi il est important de souligner les besoins de soutien et d'encouragement à long terme.

Les interventions intégrées, continues et centrées sur l'utilisateur demandent une atmosphère de travail propice aux communications entre les intervenants du réseau de la santé, de la population et des acteurs en santé publique. La sensibilisation de la société permet quant à elle, de réduire la stigmatisation des usagers.

De plus, le système d'évaluation de qualité des soins et la formation continue pour les intervenants permettent de mettre en place des interventions plus efficaces.

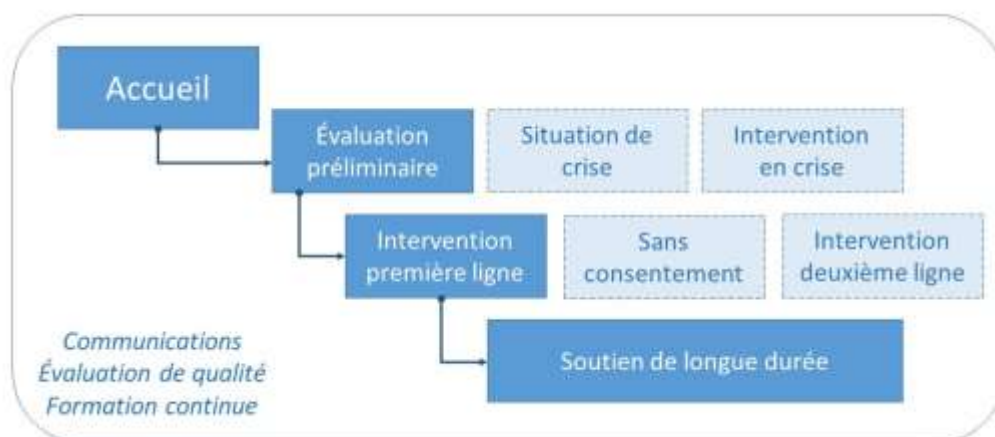


Figure 1. Modèle des soins auprès d'un usager

## Objectifs et méthodes

### objectifs de la recherche :

1. Évaluer le nombre annuel d'utilisateurs qui s'adressent au système de la santé du Québec pour de l'aide;
2. Comprendre si l'aide offerte aux utilisateurs est intégrée, continue et centrée sur l'utilisateur.

### Méthode

#### Le questionnaire

Le questionnaire (voir annexe), composé de quatre blocs, a été développé selon les objectifs de la recherche et il a été discuté avec les membres du Comité élargi sur le trouble d'accumulation compulsive (CÉTAC).

Les blocs du questionnaire étaient :

1. le bloc du nombre d'utilisateurs,
2. le bloc de l'accueil,
3. le bloc de l'évaluation et des interventions,
4. le bloc des communications et des collaborations des services en première ligne et des préférences des intervenants pour des outils précis.

De plus, deux questions ont été ajoutées : une concernant les limites et les barrières dans le travail des intervenants et une autre sur la volonté des intervenants d'avoir des nouvelles et accès aux ressources du CÉTAC.

Étant donné qu'il n'existe pas de statistiques sur le TAC, les répondants ont été invités à estimer le nombre de cas TAC pour l'année précédente et pour les cinq années précédentes (entre zéro et cinq, cinq et dix, etc).

Le bloc de l'accueil a été consacré à ce qui se passe avec l'utilisateur avant le début des interventions. Qui le transfère? Est-ce qu'il est facile de trouver de l'aide? Est-ce qu'il est possible de retracer l'utilisateur s'il s'agit d'un cas récurrent? Y a-t-il un outil d'évaluation de priorité d'intervention?

Le bloc des interventions servait à répondre aux questions : (a) quels sont les outils d'évaluation des utilisateurs? (b) quelles sont les approches, méthodes, lignes directrices utilisées et (c) y a-t-il des outils permettant aux intervenants de réagir rapidement et de façon efficace dans des situations difficiles, comme lors de risque d'éviction ou le manque de volonté d'un utilisateur à collaborer avec l'intervenant?

La question sur les barrières et limites était une question ouverte. Ici, nous avons besoin de tout le spectre des opinions, des doutes et des suggestions.

#### Les répondants

Nous avons sollicité les employés travaillant dans les guichets d'accès en santé mentale- adulte (GASM-A) de la province du Québec à répondre à notre questionnaire.

Malgré que le meilleur choix aurait été de communiquer avec les intervenants, nous avons décidé de communiquer avec les spécialistes en activités cliniques et les chefs de programme en santé mentale adulte de chaque GASM-A (98 GASM-A de province) par téléphone ou par courriel afin de permettre un meilleur taux de réponse. En effet, les intervenants répondent peu à ce type de demande étant trop interpellés par leur charge de travail.

## Résultats

### Taux de réponse et de soins

Nous avons communiqué avec 87% des territoires socio-sanitaires (ancien CSSS) (n = 85 dont incluant le GASM du territoire Jardins-Roussillon qui a été fusionné avec celui du territoire Vaudreuil-Soulanges, au total 84 GASM) qui couvrent 94.2% de la population du Québec (Pelletier 2010). La répartition du taux de réponse est représentée pour chacune des régions du Québec à la figure 2 et dans le tableau 1 en annexe.

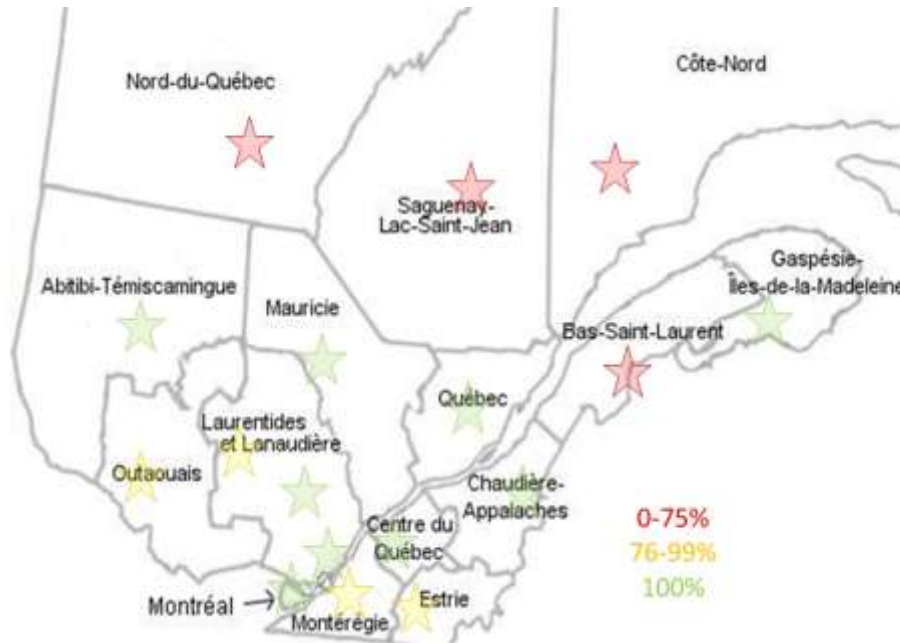


Figure 2. Taux de réponse par les GASM

Soixante-dix des 84 GASM (83.3%) aident les gens souffrant du TAC. Au niveau des régions, à Laval et sur la Côte-Nord, il n'y a pas de GASM qui s'occupe de tels usagers. Le taux de soins au Nord-du-Québec est de 33.3%, en l'Outaouais et en Montérégie, le taux est de 75%, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 80%, et en Mauricie et Centre-du-Québec, 87%. Dans le reste du Québec, le taux de soins est de 100%.

Parmi les raisons à ne pas offrir les soins aux gens qui souffrent du TAC :

- Pas ou presque pas de cas (territoires de la Vallée-de-la-Gatineau, de la Basse-Côte-Nord, de la Minganie, Centre de santé Tulattavik de l'Ungava);
- il n'y a presque pas de ressources pour la prise en charge (Centre de santé Inuulitsivik);
- transfert des patients à la deuxième ligne (territoire de Laval);
- prise en charge des patients comme des patients qui souffrent du trouble obsessionnel-compulsif (territoire de la Haute-Gaspésie);
- manque de clarté quant aux services qui doivent s'occuper de ces usagers (les Eskers de l'Abitibi).

## nombre d'usagers

Dans le questionnaire, il y avait deux questions sur le nombre d'usagers dans le système : (a) avec combien de patients TAC avez-vous été en contact au cours des 5 dernières années au niveau de votre ancien CSSS ? (b) Combien de nouveaux cas avez-vous eu cette année au niveau de votre ancien CSSS ? Étant donné qu'il n'existe pas de statistiques sur le TAC, les répondants ont été invités à donner une estimation du nombre de cas TAC pour cette année et pour les cinq dernières années (0-5, 5-10, 10-15 etc).

La première question visait à donner une idée générale de la prévalence et la deuxième, de l'incidence du TAC dans la population. Toutefois, les répondants avaient des difficultés à répondre à la première question et ont été plus affirmatifs avec la deuxième : c'est pourquoi nous avons fait l'analyse pour les nouveaux cas de cette année.

Pour les calculs, l'estimation des cas par année des GASM de la région a été divisée par l'estimation de la population de la région. Le rapport de 2010 du Ministère de santé et services sociaux « La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par régions socio sanitaires de 1981 à 2031 » (Pelletier 2010) a été prise pour l'estimation de la population au niveau des territoires (anciens CSSS).

Le nombre d'usagers par 10 000 de la population est représenté dans la figure 3 et dans le tableau 2 enannexe.

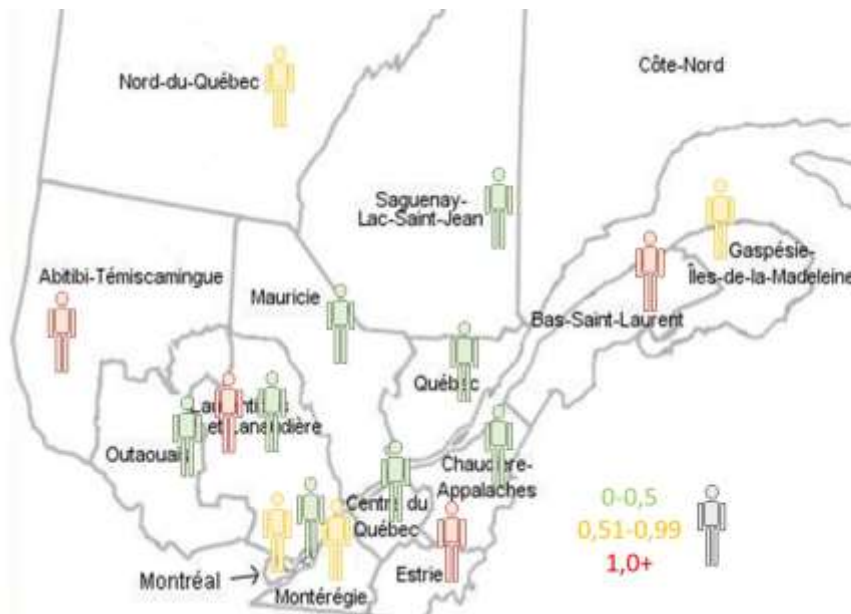


Figure 3. nombre d'usagers par 10 000 dans les régions du Québec

## L'accueil

Les fonctions de l'accueil des usagers sont de faciliter l'accès à de l'aide, faciliter le triage des usagers et d'assurer le suivi des usagers. Dans le questionnaire, il y avait trois questions concernant le fonctionnement de l'accueil pour les usagers TAC :

- Avez-vous un registre des usagers TAC ? (Oui / Non)
- Est-ce que, typiquement, les gens sont bien informés de l'endroit où ils doivent se référer pour un cas de TAC ? (Oui / Non)
- Avez-vous un arbre décisionnel pour évaluer la priorité d'intervention ? (Oui / Non)

Étant donné qu'il n'y a pas de règles qui obligent les GASM à organiser l'accueil spécialement pour les usagers souffrant de TAC, nous voulions savoir en posant ces questions, si des initiatives locales avaient été développées pour répondre spécifiquement à ces usagers.

Parmi les 70 GASM qui travaillent avec des usagers ayant le TAC, 10.0% des GASM ont un registre des cas TAC ; 32.8% des répondants trouvent que les gens qui souffrent du TAC n'ont pas de difficultés à trouver de l'aide ; 47.1% ont un arbre décisionnel pour évaluer la priorité d'intervention pour l'utilisateur. La répartition des réponses affirmatives aux questions est représentée à la figure 4 et dans le tableau 3 en annexe.

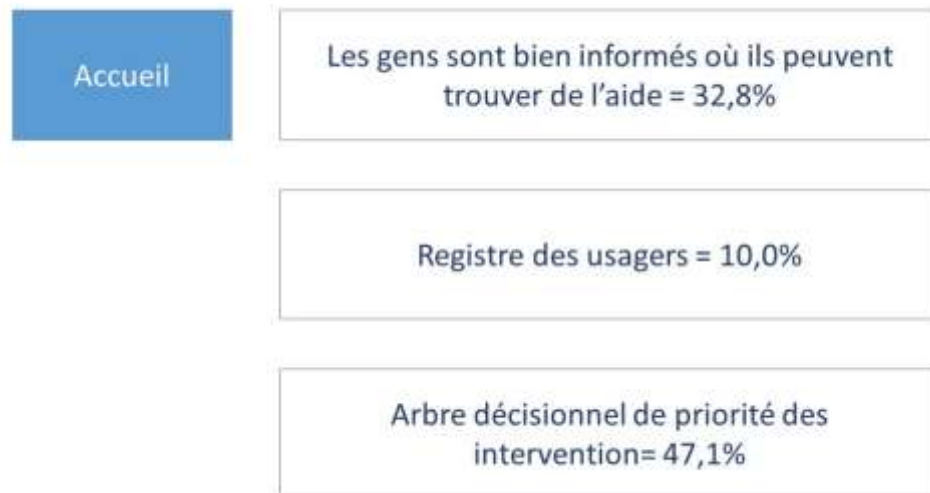


Figure 4. outils utilisés à l'accueil des usagers

## Évaluation et interventions

Le bloc des interventions comprenait les questions suivantes :

1. Quel outil utilisez-vous pour l'évaluation préliminaire du patient et de la maison du patient ?
2. Avez-vous été appelé à intervenir auprès de personnes ayant un TAC en situation d'urgence ? (Oui / Non)
3. Avez-vous dû entreprendre des interventions sans le consentement du patient souffrant d'un TAC ? (Oui / Non)
4. Utilisez-vous les outils suivants :
  - a. Le plan d'action pour les situations d'urgence ? (Oui / Non)
  - b. Le plan d'action des interventions sans le consentement du patient ? (Oui / Non)
  - c. Protocole de gestion de cas TAC, lignes directrices d'interventions ? – (Oui / Non)

### Évaluation

Quel outil utilisez-vous pour l'évaluation préliminaire de l'utilisateur et de sa maison ? À cette question les réponses reçues étaient: certains outils à 58.6%, aucun outil/jugement clinique à 30.0%; pas d'évaluation préliminaire des usagers à 8.6%, 2.9% - n'ont pas répondu (Figure 5 et tableau 4 en annexe).

Parmi les outils spécifiques pour le TAC qui ont été mentionnés, il y a eu : l'« ASSTSAS guide d'intervention à domicile. Situations d'insalubrité morbide » (Lacombe 2012) et le document « Au-delà de l'encombrement ou de l'insalubrité morbide, la rencontre d'une personne et les conditions d'interventions » (Comité 2013) . Parmi les autres outils qui ne sont pas spécifiques au TAC il y avait des grilles d'évaluation psychosociale, d'évaluation clinique en santé mentale, des fiches de demande de services, etc.

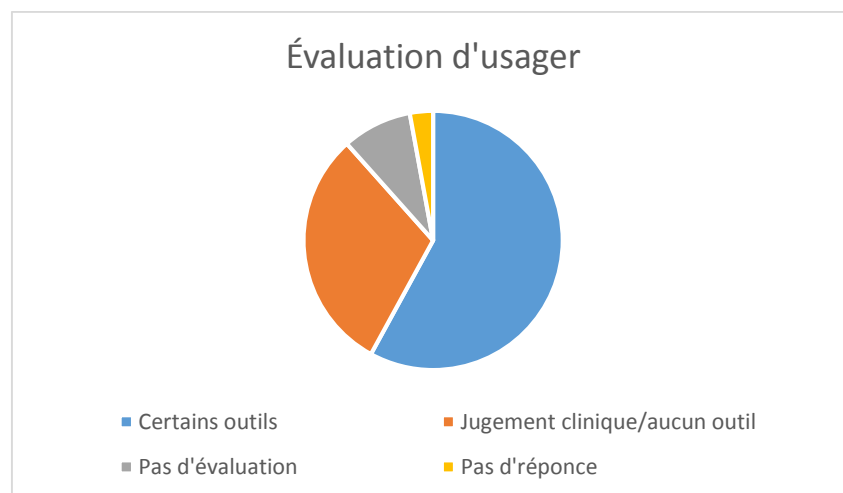


Figure 5. répartition de l'utilisation des outils d'évaluation préliminaire de l'utilisateur



Quel outil utilisez-vous pour l'évaluation de la maison des usagers? (Figure 6).

À cette question les réponses reçues étaient: certains outils à 31.8%; aucun outil/jugement clinique à 44.9%; pas d'évaluation préliminaire de la maison à 20.3% et 2.8% n'ont pas donné de réponse.

Parmi les outils spécifiques pour le TAC qui ont été mentionnés il y a eu : l'« ASSTSAS guide d'intervention à domicile dans les situations d'insalubrité morbide » (Lacombe 2012) et le matériel des conférences donné par le Dr O'Connor, psychologue et Natalia Koszegi. Parmi les autres outils qui ne sont pas spécifiques au TAC, il y avait des grilles d'évaluation psychosociale, d'évaluation clinique en santé mentale, des fiches de demande de services, etc.

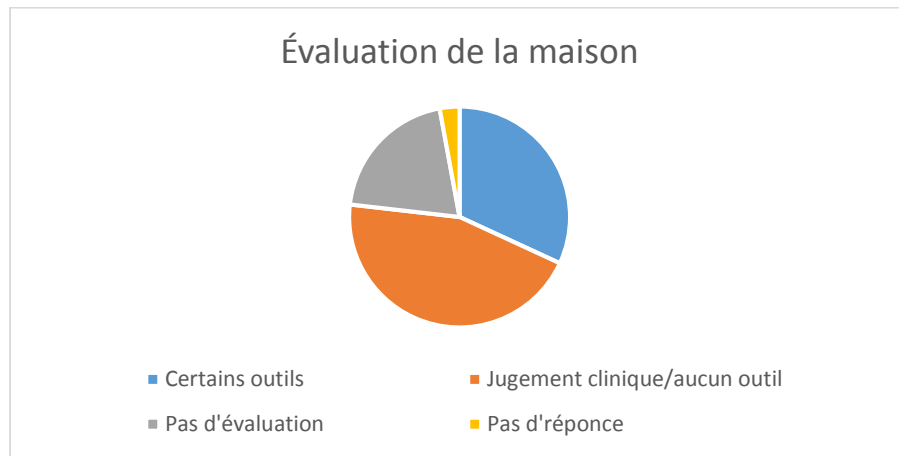


Figure 6. répartition de l'utilisation des outils d'évaluation préliminaire de la maison de l'utilisateur

### Interventions

74.3% des répondants ont été appelé à intervenir auprès de personnes ayant un TAC en situation d'urgence. 50.0% ont dû entreprendre des interventions sans le consentement de l'utilisateur souffrant d'un TAC dans le cadre de la Loi 38 (Nationale 1997).

34.3 % des répondants utilisent le plan d'action pour les situations d'urgence du TAC ; 22.9% ont un plan d'action des interventions sans le consentement du patient dans le cadre de la Loi 38 ; la plupart de ces actions ont visé à obtenir le consentement du patient. Protocole de gestion du cas de TAC, des lignes directrices d'interventions sont utilisés par 25.7% des répondants.

### L'aide avec le désencombrement

De l'aide avec le désencombrement était présente dans 51.4% des GASM. Il est intéressant que l'aide avec le désencombrement prenne différentes formes à travers la province. Cette aide peut être : une aide directe au désencombrement par les employés du CSSS ou d'organismes communautaires ; de l'aide financière pour le désencombrement ; des camions fournis par la ville, des visites de revendeurs, etc.

Certains répondants ont souligné qu'ils offrent de l'aide dans le nettoyage seulement, ou qu'ils aident dans les cas exceptionnels.



Figure 7. outils utilisés pour les interventions

Les résultats sont représentés dans la figure 7 et le tableau 4 en annexe.

## communications et collaborations

Le bloc des communications et collaborations vise à reconstruire le chemin d'un usager. Étant donné que les usagers s'adressent rarement eux-mêmes au réseau de la santé, il semble nécessaire de connaître qui les y réfère pour mieux cibler les probables campagnes de sensibilisation. La police, les professionnels de la santé, les proches et les propriétaires/services de bâtiment sont responsables de 70% des références d'usagers au réseau de la santé.

La répartition des réponses à la question « Qui typiquement signale le cas du TAC? » est représentée à la figure 8.

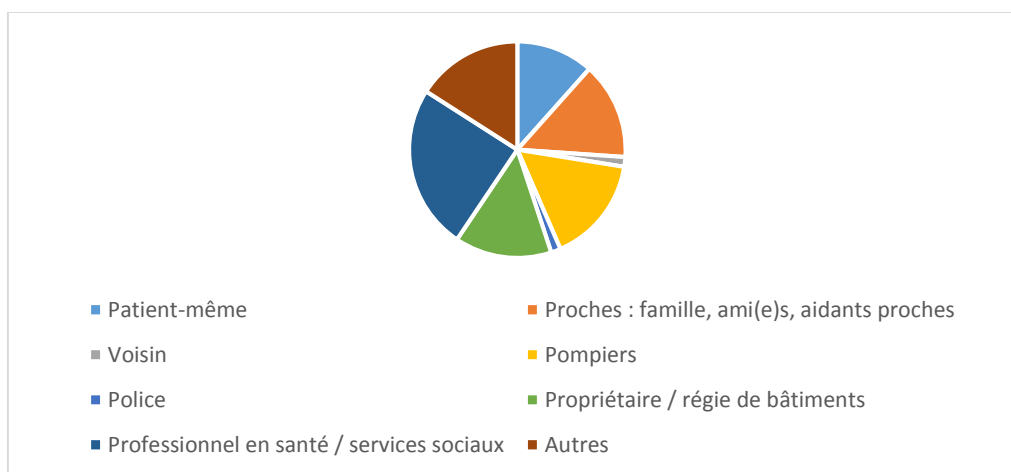
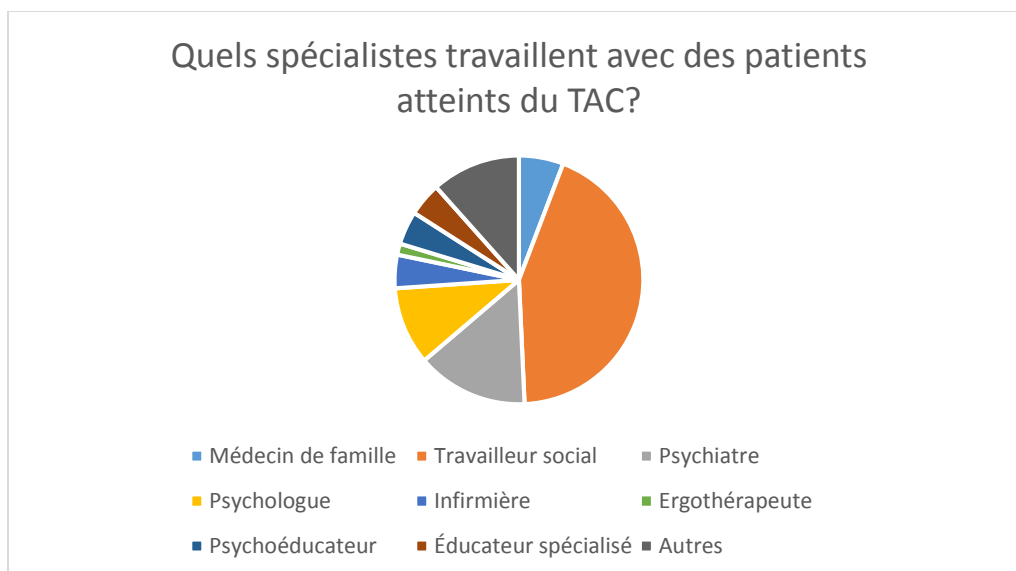


Figure 8. répartition des réponses à la question « Qui typiquement signale le cas du TAC? ».

Afin de mieux adapter les interventions, la question «Quels spécialistes travaillent avec les patients atteints du TAC » a été posée. Les travailleurs sociaux ont été mentionnés comme étant le premier choix à 43% des réponses; psychiatre à 14% des réponses et le médecin de famille à 7%. La répartition des réponses à cette question est représentée à la figure 9.

Pour mieux décrire l'environnement dans lequel les GASM travaillent, les questions suivantes ont été posées : « Avec quels services externes collaborez-vous dans la gestion du TAC ? » avec les variantes de réponse (a) services communautaires (Oui / Non); (b) services de désencombrement (Oui / Non); (c) bénévoles locaux (Oui / Non); (d) les acteurs de santé publique (Oui / Non); (e) autres (lesquelles?) et « Voulez-vous vous joindre au partenariat, avoir accès aux nouvelles, aux ressources, aux formations proposées par le Comité ? (Oui / Non) »



La figure 9 répartition des spécialistes (mentionné en premier) qui interviennent principalement auprès de la personne souffrant du TAC

91.4% des GASM collaborent avec des organismes communautaires sur la question du TAC. Parmi les organismes ont été mentionnés : les municipalités et les services municipaux, des conseils de locateurs, le ministère de l'Agriculture et de la Protection des animaux, la société de prévention de la cruauté envers les animaux, les centres de crises et les groupes communautaires d'entraide. Les autres organismes mentionnés : le groupe La Traversé, Le Marigot, Sauve d'espoir, l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, L'éveil Charlevoisien et l'Équipe d'itinérance du CSSS de Gatineau etc.

41.4% des GASM collaborent avec des services de désencombrement. Parmi les services de désencombrement ont été mentionnés : organisme Bourgeon de la Mitis, Répît-ressource, Câlinent.

25.7% des GASM collaborent avec les bénévoles locaux ; 67.1% collaborent avec les acteurs de santé publique, 62.9% collaborent avec d'autres organismes.

94.2% des répondants veulent avoir des nouvelles et l'accès aux ressources du CÉAC; volonté d'avoir des nouvelles et l'accès aux ressources; 2.9% ont répondu « non »; et 2.9% ont répondu « peut-être ».

Les communications des GASM sont représentées à la figure 10

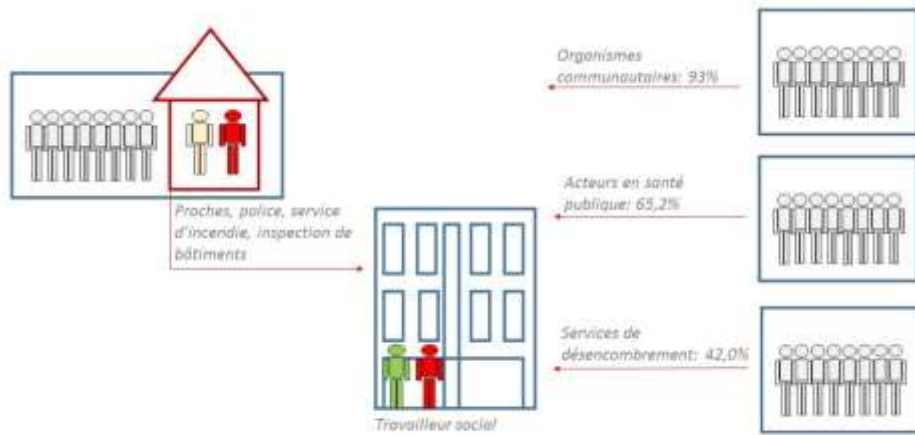


Figure 10. communications des GASM

## Préférences et barrières

### Préférences

Les préférences dans les outils d'intervention sont présentées à la figure 11. Il est important de noter que les répondants ont réclamé des outils bien qu'ils aient affirmé en avoir déjà. Ils ont exprimé le désir d'enrichir leurs connaissances et de se familiariser avec la problématique.

Nous avons reçu les commentaires par rapport à la nécessité de développer certains outils.

Pour les groupes de soutien par les pairs certains des répondants ne croyaient pas au succès des groupes (n=2); d'autres ont fait remarquer que dans leur territoire il n'y a pas un volume suffisant pour constituer des groupes (n=9). Un répondant a exprimé la nécessité des groupes de soutien pour les proches des usagers souffrant du TAC.

Les commentaires sur un probable service de désencombrement ont porté sur le coût de ce service.

Un répondant a remarqué qu'il n'y a pas de problème de services, le problème est le consentement de l'utilisateur à désencombrer.

Les résultats sont représentés dans la figure 11 et le tableau 5 en annexe.

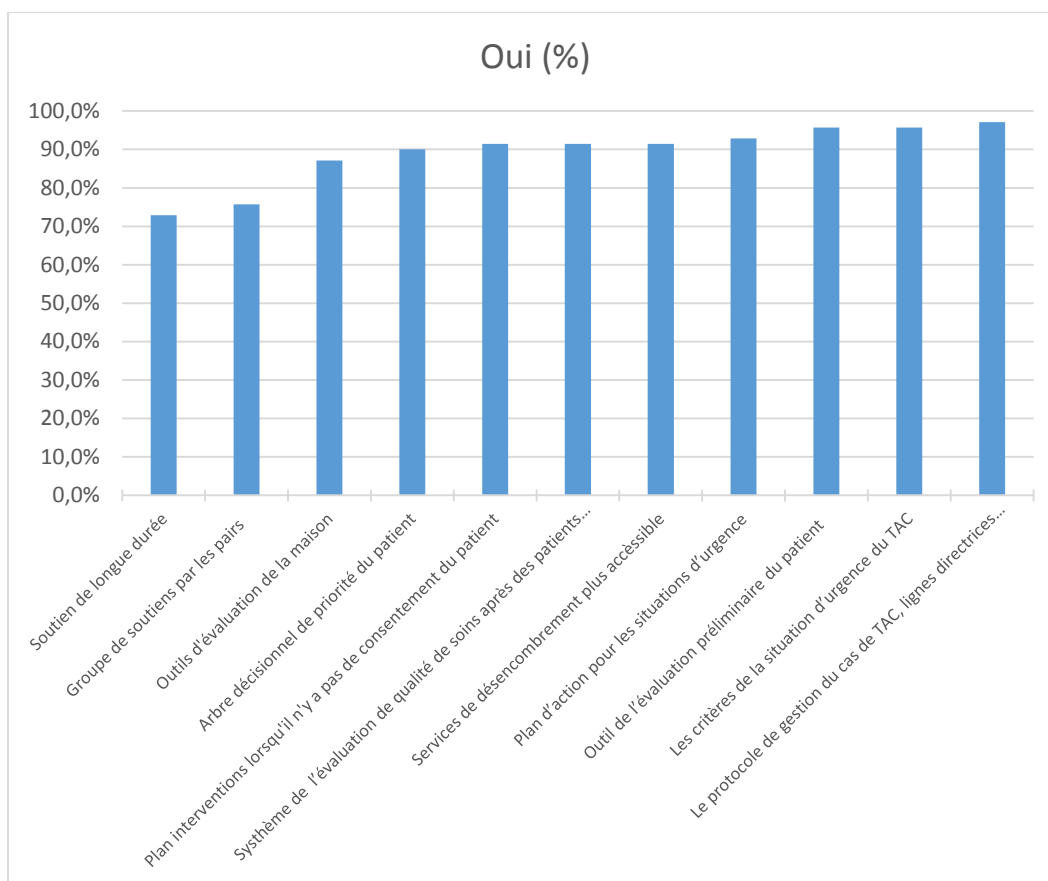


Figure 11. besoins des GASM

## limites et barrières

Seulement dix-neuf pour cent des répondants ont dit qu'il n'y a pas de problèmes, de limites et de barrières dans leur travail avec le TAC (voir figure 12).

Dans les autres cas, les mandats, les collaborations, la formation, le manque de ressources, les problèmes de désencombrement, les problèmes d'obtention du consentement, l'utilisation des services du système de santé, la distance, les outils de traitement et d'évaluation, les problèmes de communication, etc. ont été mentionnés.

Nous n'avons pas limité les répondants dans le nombre de limites et barrières à nommer ; c'est pourquoi la somme des mentions des problèmes différents surpasse le nombre de répondants.

**Le manque d'outils** a été mentionné 15 fois : il incluait le manque d'outils, cité trois fois, le manque d'outils d'évaluation cité quatre fois, le manque d'outils de traitement, cité six fois. Le manque d'outils pour les interventions en urgence et pour le dépistage n'a pour sa part été cité qu'une seule fois.

Les difficultés au niveau de la **collaboration** ont été mentionnées 12 fois : les proches, la Régie du logement, les propriétaires, les municipalités ont été ciblés comme des acteurs appelés à augmenter leur collaboration.

Le **manque de ressources** a été mentionné 12 fois : quatre fois simplement comme un manque de ressources ; six fois comme un manque de main-d'œuvre ou de financement, une fois comme un manque de temps pour des interventions efficaces, une fois comme un manque de ressources communautaires.

Le manque de **clarté des mandats** du système de santé a été mentionné 12 fois, ainsi que le manque de **formation** (12 fois).

Les frais de **désencombrement**, le manque de services pour le désencombrement, le manque de soutien financier aux usagers lors de désencombrement ont été mentionnés 11 fois.

Le problème **d'obtention du consentement** a été mentionné 10 fois ; ainsi que le manque **d'accès aux certains services de santé** (suivi spécialisé, psychothérapie au niveau du CSLC, services psychiatriques et personnels spécifiques pour les soins de longue durée, etc.)

Les **communications**, le **marketing social** ont été mentionnés six fois ; y compris les communications entre les usagers et les services de désencombrement et les usagers et les compagnies d'assurance. La **distance** a été mentionnée quatre fois et le **manque de bénévoles**, une fois.

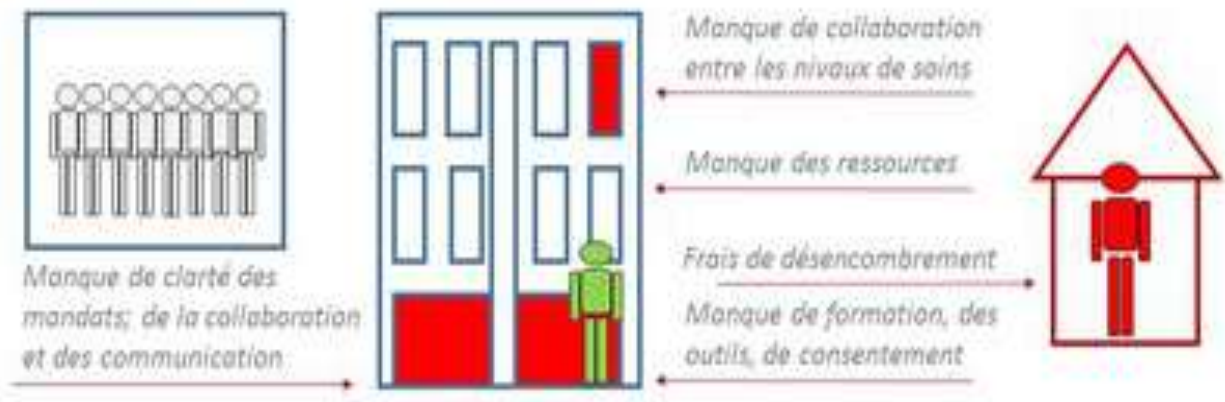


Figure 12. Barrières et limites des GASM



## Conclusion

Le trouble d'accumulation compulsive (TAC) se caractérise par des difficultés de détachement et de séparation avec des possessions sans égard à leur valeur réelle. Les possessions encombrant les espaces actifs des lieux d'habitation et de travail au point qu'il est impossible de les utiliser.

Le TAC provoque la dissociation familiale et sociale, des problèmes avec le propriétaire du logement, avec le service d'inspection du bâtiment, le service de prévention de l'incendie et la Police. Par exemple, chez les gens ayant besoin d'aide pour des problèmes de logement, la prévalence du TAC est de 22% (Rodriguez, Herman et al. 2012), tandis que dans la population générale, elle est autour de 2%. (Iervolino, Perroud et al. 2009). Étant donné l'ampleur et la complexité de la problématique, certaines initiatives locales de gestion du TAC ont été entreprises: les agences en santé publique telles celles des régions des Laurentides, de la Vieille-Capitale, etc. ont développé des guides d'intervention. De plus, des nouvelles méthodes de traitement ont été développées par des chercheurs du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Néanmoins, notre recherche préliminaire montre qu'au Québec, les usagers ayant le TAC ne sont pas suffisamment informés des services disponibles et les GASM ne sont pas adéquatement outillés: Les GASM n'ont pas des registres d'usagers et des arbres décisionnels de la priorité et du type d'intervention. Dans 74% des GASM, les intervenants ont dû entreprendre des interventions lors d'une situation d'urgence, tandis que 34% seulement d'entre eux avaient un plan d'action; 50% des GASM avaient des difficultés à obtenir le consentement d'un usager, tandis que 23% seulement ont un plan d'action pour une telle situation. Dans 26% seulement des GASM, les lignes directrices de traitement sont utilisées.

Il existe effectivement une demande de la part des intervenants pour avoir des outils pour la gestion d'un cas TAC : ainsi, de 73% à 97% des GASM aimeraient en avoir certains. Dans les outils les plus demandés, il y a, des lignes directrices pour l'intervention (97.15%); les critères de situation de crise (95.7%), des plans d'intervention lorsqu'il n'y a pas le consentement de l'utilisateur (92%), un plan d'action lors de situations d'urgence (93%) et des outils d'évaluation préliminaire des usagers (95.7%).

Parmi les barrières dans leur travail, les GASM mentionnent le manque de clarté dans l'offre de services en première ligne pour le TAC, la faible collaboration avec les services municipaux et le manque d'uniformité des soins offerts à travers le réseau de la santé.

Malgré l'existence de certaines ressources pour le TAC au Canada et au Québec, il n'y a pas de cohérence ni d'uniformité dans les services offerts. Une clarification des rôles des différents acteurs, comme les GASM et les municipalités, l'utilisation d'outils à l'accueil et d'évaluation, de lignes directrices d'intervention déjà validées, telles celles d'CRIUSMM permettraient de mieux gérer cette problématique.

Ainsi, l'unification des initiatives, la systématisation et le partage des connaissances permettraient de combler les demandes des GASM afin de créer une infrastructure pour la gestion de cas TAC.

## Recommandations

- Améliorer/instaurer les outils d'accueil afin d'augmenter les chances de l'utilisateur de trouver de l'aide;
- Uniformiser les outils d'évaluation de l'état de l'utilisateur et de son logement afin de faciliter la communication entre les régions, les différents offre de services et évaluer l'effet des interventions.
- Fournir des outils d'intervention, des lignes directrices et des plans d'action, pour améliorer le taux de succès et d'efficacité des interventions.
- Ajuster les interventions selon les besoins spécifiques de la population TAC afin d'éviter des conséquences telles que l'éviction, la dissociation sociale et familiale, etc.
- Créer/renforcer la présence de groupe de soutien de longue durée, afin de prévenir les cas récurrents de TAC.

La réalisation de ces objectifs nous permettra d'atteindre, au **niveau de la santé de la population** : la diminution du nombre de cas d'insalubrité morbide, de l'itinérance due à l'éviction du logement et de l'encombrement. **Au niveau du système de la santé** : l'institutionnalisation du parcours de soins facilitera le travail des GASM à l'inscription, au triage des usagers et à la surveillance des cas récurrents de TAC.

En général, les retombées d'une sensibilisation auprès des professionnels et du grand public concernant les problèmes vécus par les usagers ayant le TAC permettront une meilleure reconnaissance de la problématique. Ainsi les gens atteints d'un TAC deviendront plus visibles, mieux intégrés et auront une qualité de vie plus équitable et normalisée.

## Limites de la recherche

Tout d'abord, il se peut que les répondants aient confondu le trouble d'accumulation compulsive avec le trouble obsessionnel compulsif ou le syndrome de Diogène. De ce fait, le nombre d'utilisateurs a pu être surestimé.

Le biais de sélection est possible, car les GASM les plus informés sur le TAC auraient donc tendance à répondre en plus grand nombre au questionnaire. Dans ce cas, les proportions des GASM utilisant les outils à l'accueil, l'évaluation et les méthodes et l'approche d'intervention ont pu être surestimées.

Vu que nous avons questionné uniquement les GASM, il est possible que le nombre d'utilisateurs pris en charge par les équipes de suivi d'intensité variable ou par les services généraux n'ait pas été comptabilisé ; ce qui amènerait une sous-estimation du nombre d'utilisateurs dans le système.

Étant donné que nous avons questionné les chefs de programme en santé mentale et les spécialistes en activités clinique seulement et non pas les intervenants, le nombre d'utilisateurs a peut-être été mal estimé, avec la probabilité d'une surestimation ou d'une sous-estimation.

Pour la même raison, l'utilisation des outils a pu être mal estimée.

## References

- Alschuler, K. N. and M. L. Beier (2015). "Intolerance of Uncertainty: Shaping an Agenda for Research on Coping with Multiple Sclerosis." Int J MS Care **17**(4): 153-158.
- Association, A. P. (2013). Obsessive Compulsive Disorders Fact Sheet.
- Ayers, C. R., N. Castriotta, et al. (2014). "Behavioral and experiential avoidance in patients with hoarding disorder." J Behav Ther Exp Psychiatry **45**(3): 408-414.
- Ayers, C. R., S. Saxena, et al. (2010). "Age at onset and clinical features of late life compulsive hoarding." Int J Geriatr Psychiatry **25**(2): 142-149.
- Ayers, C. R., J. L. Wetherell, et al. (2013). "Executive functioning in older adults with hoarding disorder." Int J Geriatr Psychiatry **28**(11): 1175-1181.
- Bloch, M. H., C. A. Bartley, et al. (2014). "Meta-analysis: hoarding symptoms associated with poor treatment outcome in obsessive-compulsive disorder." Mol Psychiatry **19**(9): 1025-1030.
- Bulli, F., G. Melli, et al. (2014). "Hoarding behaviour in an Italian non-clinical sample." Behav Cogn Psychother **42**(3): 297-311.
- Buscher, T. P., J. Dyson, et al. (2014). "The effects of hoarding disorder on families: an integrative review." J Psychiatr Ment Health Nurs **21**(6): 491-498.
- Comité (2013). Au-delà de l'encombrement ou de l'insalubrité morbide, la rencontre d'une personne et les conditions d'interventions CSSS de la Vieille-Capitale.
- Dinning, L. B. (2006). No Room to Spare: Ottawa's Community Response to Hoarding Plan.
- Drury, H., S. Ajmi, et al. (2014). "Caregiver burden, family accommodation, health, and well-being in relatives of individuals with hoarding disorder." J Affect Disord **159**: 7-14.
- Fernandez de la Cruz, L., A. E. Nordsetten, et al. (2013). "Photograph-aided assessment of clutter in hoarding disorder: is a picture worth a thousand words?" Depress Anxiety **30**(1): 61-66.
- Gordon, O. M., P. M. Salkovskis, et al. (2013). "Beliefs and experiences in hoarding." J Anxiety Disord **27**(3): 328-339.
- Iervolino, A. C., N. Perroud, et al. (2009). "Prevalence and heritability of compulsive hoarding: a twin study." Am J Psychiatry **166**(10): 1156-1161.
- Ivanov, V. Z., D. Mataix-Cols, et al. (2013). "Prevalence, comorbidity and heritability of hoarding symptoms in adolescence: a population based twin study in 15-year olds." PLoS One **8**(7): e69140.
- Lacombe, M.-C. (2012). Guide d'intervention à domicile. Situations d'insalubrité morbide, ASSTSAS - 2012.
- Landau, D., A. C. Iervolino, et al. (2011). "Stressful life events and material deprivation in hoarding disorder." J Anxiety Disord **25**(2): 192-202.
- Liang, K. Y., Y. Wang, et al. (2008). "Evidence for potential relationship between SLC1A1 and a putative genetic linkage region on chromosome 14q to obsessive-compulsive disorder with compulsive hoarding." Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet **147B**(6): 1000-1002.
- Mathews, C. A., K. Delucchi, et al. (2014). "Partitioning the etiology of hoarding and obsessive-compulsive symptoms." Psychol Med **44**(13): 2867-2876.
- Medard, E. and S. Kellett (2014). "The role of adult attachment and social support in hoarding disorder." Behav Cogn Psychother **42**(5): 629-633.
- Medley, A. N., D. W. Capron, et al. (2013). "Anxiety sensitivity: a potential vulnerability factor for compulsive hoarding." Cogn Behav Ther **42**(1): 45-55.

- Monzani, B., F. Rijdsdijk, et al. (2014). "The structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-5 obsessive-compulsive spectrum disorders." JAMA Psychiatry **71**(2): 182-189.
- Mueller, A., J. E. Mitchell, et al. (2009). "The prevalence of compulsive hoarding and its association with compulsive buying in a German population-based sample." Behav Res Ther **47**(8): 705-709.
- Nationale, A. (1997). Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. A. Nationale.
- Nordsletten, A. E., A. Reichenberg, et al. (2013). "Epidemiology of hoarding disorder." Br J Psychiatry **203**(6): 445-452.
- Pelletier, G. (2010). La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux et par région sociosanitaire de 1981 à 2031. S. d. d. d. l'information.
- Rodriguez, C. I., D. Herman, et al. (2012). "Prevalence of hoarding disorder in individuals at potential risk of eviction in New York City: a pilot study." J Nerv Ment Dis **200**(1): 91-94.
- Rodriguez, C. I., H. B. Simpson, et al. (2013). "Prevalence and correlates of difficulty discarding: results from a national sample of the US population." J Nerv Ment Dis **201**(9): 795-801.
- Sampson, J. M. (2013). "The lived experience of family members of persons who compulsively hoard: a qualitative study." J Marital Fam Ther **39**(3): 388-402.
- Samuels, J. F., O. J. Bienvenu, et al. (2008). "Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample." Behav Res Ther **46**(7): 836-844.
- Subramaniam, M., E. Abidin, et al. (2014). "Hoarding in an asian population: prevalence, correlates, disability and quality of life." Ann Acad Med Singapore **43**(11): 535-543.
- Timpano, K. R., J. D. Buckner, et al. (2009). "Exploration of anxiety sensitivity and distress tolerance as vulnerability factors for hoarding behaviors." Depress Anxiety **26**(4): 343-353.
- Timpano, K. R., J. Rasmussen, et al. (2013). "Hoarding and the multi-faceted construct of impulsivity: a cross-cultural investigation." J Psychiatr Res **47**(3): 363-370.
- Timpano, K. R. and N. B. Schmidt (2013). "The relationship between self-control deficits and hoarding: a multimethod investigation across three samples." J Abnorm Psychol **122**(1): 13-25.
- Timpano, K. R., A. M. Shaw, et al. (2014). "A multifaceted assessment of emotional tolerance and intensity in hoarding." Behav Ther **45**(5): 690-699.
- Tolin, D. F., R. O. Frost, et al. (2008). "The economic and social burden of compulsive hoarding." Psychiatry Res **160**(2): 200-211.
- Tolin, D. F. and A. Villavicencio (2011). "An exploration of economic reasoning in hoarding disorder patients." Behav Res Ther **49**(12): 914-919.

## Annexe.

### Questionnaire

Présentez-vous (optionnel) : \_\_\_\_\_

1. Combien de GSMA sont sur le territoire de votre ancien CSSS ?
2. Avec combien de patients du TAC avez-vous été en contact au cours des 5 dernières années au niveau de votre ancien CSSS ?
3. Combien de nouveaux cas avez-vous par année au niveau de votre ancien CSSS ?
4. Avez-vous un registre des patients de TAC ? (Oui / Non)
5. Qui généralement signale un cas de TAC ?
  - a. Patient lui-même
  - b. Proches : famille, ami(e)s, proches aidants
  - c. Voisin(s)
  - d. Pompiers
  - e. Police
  - f. Propriétaires / régie de bâtiments
  - g. Professionnels en santé / services sociaux
  - h. Autre
6. Est-ce que, typiquement, les gens sont bien informés de l'endroit où ils doivent se référer pour un cas de TAC ? (Oui / Non)
7. Avez-vous un arbre décisionnel pour évaluer la priorité des interventions ? (Oui / Non)
8. Quels spécialistes travaillent avec les patients atteints du TAC ?
  - a. Médecin de famille (MF)
  - b. Travailleur social
  - c. Psychiatre
  - d. Psychologue
  - e. Infirmière
  - f. Ergothérapeute
  - g. Psychoéducateur
  - h. Éducateur spécialisé
  - i. Intervenant en relation d'aide
  - j. Autre spécialiste. Précisez : \_\_\_\_\_
9. Quel outil utilisez-vous pour l'évaluation préliminaire de l'utilisateur ?
  - a. UCLA Hoarding Severity Scale
  - b. Community Clutter and Hoarding Toolkit

- c. Saving inventory-revised
  - d. Autre \_\_\_\_\_
  - e. On ne fait pas l'évaluation des patients.
10. Quel outil utilisez-vous pour l'évaluation de la maison des patients ?
- a. UCLA Hoarding Severity Scale
  - b. Community Clutter and Hoarding Toolkit
  - c. Saving inventory-revised
  - d. Photograph-aided assessment (Fernandez de la Cruz, Nordsletten et al. 2013)
  - e. Autre \_\_\_\_\_
  - f. On ne fait pas l'évaluation de la maison des patients.
11. Avez-vous été appelé à intervenir auprès de personnes ayant un TAC en situation d'urgence ? (Oui / Non)
12. Avez-vous dû entreprendre des interventions sans le consentement du patient souffrant d'un TAC ? (Oui / Non)
13. Utilisez-vous les outils suivants :
- a. Les critères de la situation d'urgence du TAC ? (Oui / Non)
  - b. Le plan d'action pour les situations d'urgence ? (Oui / Non)
  - c. Plan d'action des interventions sans le consentement du patient ? (Oui / Non)
  - d. Protocole de gestion de cas TAC, lignes directrices d'interventions ? – (Oui / Non)
14. Est-ce que vos usagers ont accès à :
- a. Des groupes de soutien par les pairs ? (Oui / Non)
  - b. Un suivi de soutien de longue durée ? (Oui / Non)
  - c. Des services de désencombrement ? (Oui / Non)
15. Avec quels services externes collaborez-vous dans la gestion du TAC ?
- a. Services communautaires (Oui / Non)
  - b. Services de désencombrement (Oui / Non)
  - c. Bénévoles locaux (Oui / Non)
  - d. Les acteurs de santé publique (Oui / Non)
  - e. Autres : \_\_\_\_\_
16. Aimerez-vous avoir accès à ces outils ? Cochez, lesquels :
- a. Un arbre décisionnel de priorité du patient (Oui / Non)
  - b. Outil pour l'évaluation préliminaire du patient (Oui / Non)

- c. Outil d'évaluation préliminaire de la maison (Oui / Non)
  - d. Les critères de la situation d'urgence du TAC (Oui / Non)
  - e. Le plan d'action pour les situations d'urgence (Oui / Non)
  - f. Plan d'action des interventions sans le consentement du patient (Oui / Non)
  - g. Protocole de gestion du cas de TAC, lignes directrices d'interventions (Oui / Non)
  - h. Outil d'évaluation de qualité de soins auprès des patients du TAC (Oui / Non)
17. Aimerez-vous que vos patients aient un plus grand accès à :
- a. Un groupe de soutien par les pairs (Oui / Non)
  - b. Un intervenant pour du support de longue durée (Oui / Non)
  - c. Des services de désencombrement – si oui, gratuits (Oui / Non)
18. Avez-vous d'autres limites dans votre travail avec le TAC ? Lesquelles :
- 
19. Voulez-vous vous joindre au partenariat, avoir accès aux nouvelles, aux ressources, aux formations proposées par le Comité ? (Oui / Non)



Tableau 1. Taux de réponse par régions du Québec

Région	Taux de réponse
Bas-Saint-Laurent	75,0%
Saguenay - Lac-Saint-Jean	66,7%
Capitale-Nationale	100,0%
Mauricie et Centre-du-Québec	100,0%
Estrie	85,7%
Montréal	100,0%
Outaouais	80,0%
Abitibi-Témiscamingue	100,0%
Côte-Nord	57,1%
Nord-du-Québec	75,0%
Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	100,0%
Chaudière-Appalaches	100,0%
Laval	100,0%
Lanaudière	100,0%
Laurentides	85,7%
Montérégie	81,8%

Tableau 2. Nombre d'usagers par 10 000 de la population par régions du Québec

Région	Usagers/10 000 de la population
Bas-Saint-Laurent	1,05
Saguenay - Lac-Saint-Jean	0,40
Capitale-Nationale	0,14
Mauricie et Centre-du-Québec	0,39
Estrie	1,50
Montréal	0,88
Outaouais	0,27
Abitibi-Témiscamingue	1,39
Côte-Nord	-
Nord-du-Québec	0,98
Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	0,91
Chaudière-Appalaches	0,47
Laval	0,35
Lanaudière	0,25
Laurentides	2,10
Montérégie	0,83

Tableau 3. Outils de l'accueil par régions du Québec

Région	Les gens sont bien informés où ils peuvent trouver de l'aide pour le TAV	Registre des patients est présente	L'arbre décisionnel de priorité est présent
Bas-Saint-Laurent	50,0%	16,7%	83,3%
Saguenay - Lac-Saint-Jean	25,0%	0,0%	25,0%
Capitale-Nationale	25,0%	0,0%	75,0%
Mauricie et Centre-du-Québec	28,6%	14,3%	57,1%
Estrie	66,7%	16,7%	66,7%
Montréal	15,4%	0,0%	53,8%
Outaouais	33,3%	33,3%	0,0%
Abitibi-Témiscamingue	33,0%	0,0%	0,0%
Côte-Nord	-	-	-
Nord-du-Québec	100,0%	0,0%	100,0%
Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	0,0%	0,0%	0,0%
Chaudière-Appalaches	20,0%	0,0%	40,0%
Laval	0,0%	0,0%	0,0%
Lanaudière	50,0%	50,0%	50,0%
Laurentides	50,0%	16,7%	50,0%
Montérégie	33,3%	16,7%	33,3%

Tableau 4. outils d'intervention par régions du Québec

Région	Plan d'action, situation d'urgence	Plan d'action, sans consentement	Lignes directrices, protocoles d'interventions	Groupes de soutien	Soins de longue durée	Aide en désencombrement/nettoyage
Bas-Saint-Laurent	33,3%	0,0%	50,0%	33,3%	83,3%	66,7%
Saguenay - Lac-Saint-Jean	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	100,0%	100,0%
Capitale-Nationale	50,0%	25,0%	25,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Mauricie et Centre-du-Québec	14,3%	14,3%	14,3%	0,0%	71,4%	57,1%
Estrie	50,0%	33,3%	33,3%	0,0%	83,3%	50,0%
Montréal	30,8%	38,5%	30,8%	61,5%	53,8%	53,8%
Outaouais	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	66,7%	0,0%
Abitibi-Témiscamingue	33,3%	33,3%	0,0%	33,3%	100,0%	33,3%
Côte-Nord						
Nord-du-Québec	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Gaspésie - îles-de-la-Madeleine	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	75,0%	0,0%
Chaudière-Appalaches	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	100,0%	40,0%
Laval						
Lanaudière	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%
Laurentides	50,0%	50,0%	83,3%	16,7%	83,3%	50,0%
Montérégie	83,3%	16,7%	0,0%	0,0%	83,3%	16,7%

Tableau 5. Besoins des GASM par régions du Québec

Région	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k
Bas-Saint-Laurent	100%	100%	83%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	67%	100%
Saguenay - Lac-Saint-Jean	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	50%
Capitale-Nationale	100%	100%	100%	100%	100%	75%	100%	75%	75%	75%	100%
Mauricie et Centre-du-Québec	100%	100%	86%	100%	100%	100%	100%	100%	86%	86%	100%
Estrie	83%	83%	83%	83%	83%	83%	83%	83%	50%	67%	67%
Montréal	92%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	92%	100%	83%	100%
Outaouais	100%	100%	100%	100%	66%	66%	100%	100%	66%	100%	100%
Abitibi-Témiscamingue	400%	100%	66%	100%	100%	100%	100%	66%	66%	33%	
Côte-Nord											
Nord-du-Québec	0%	100%	0%	0%	100%	100%	0%	100%	0%	0%	100%
Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	100%	400%	400%	400%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chaudière-Appalaches	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Laval											
Lanaudière	50%	50%	50%	100%	100%	100%	100%	50%	100%	50%	50%
Laurentides	83%	83%	66%	83%	83%	100%	100%	100%	83%	66%	100%
Montérégie	500%	83%	83%	83%	66%	66%	83%	83%	83%	66%	83%

- a. Aimerez-vous avoir un arbre décisionnel de priorité du patient? Oui, %
- b. Aimerez-vous avoir un outil de l'évaluation préliminaire du patient Oui, %
- c. Aimerez-vous avoir un outil de l'évaluation préliminaire de la maison Oui, %
- d. Aimerez-vous avoir les critères de la situation d'urgence du TAC? Oui, %0
- e. Aimerez-vous avoir le plan d'action pour les situations d'urgence? Oui, %
- f. Aimerez-vous avoir le plan interventions sans le consentement du patient? Oui, %
- g. Aimerez-vous avoir le protocole de gestion du cas de TAC, lignes directrices d'interventions ? Oui, %
- h. Aimerez-vous avoir un outil de l'évaluation de qualité de soins après des patients du TAC? Oui, %
- i. Aimerez-vous avoir groupe de soutiens par les pairs? Oui, %
- j. Aimerez-vous avoir plus du support de durée longue? Oui, %
- k. Aimerez-vous avoir services de désencombrement plus accessibles? Oui, %