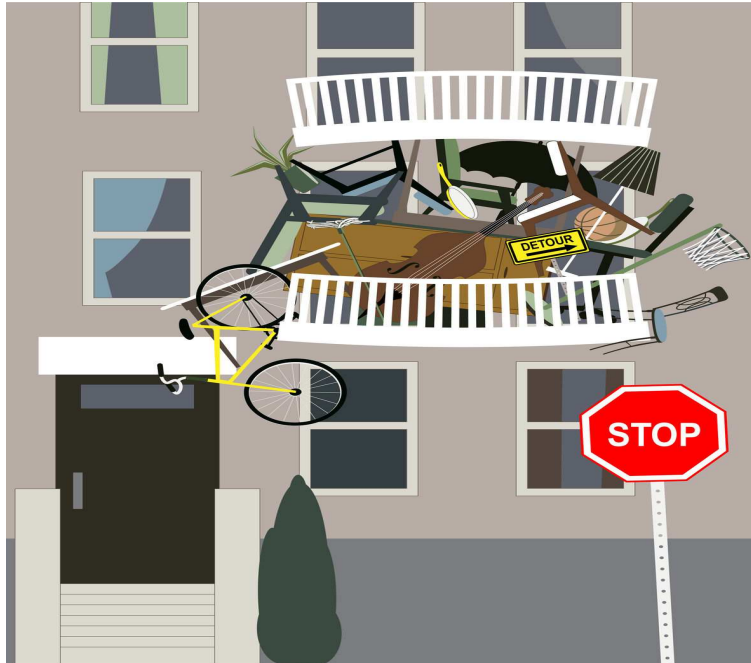


GUIDE SUR L'ÉVALUATION ET L'INTERVENTION DANS DES CONTEXTES D'ACCUMULATION, D'ENCOMBREMENT ET D'INSALUBRITÉ.



Par

Yvonne Couture, psychoéducatrice, DSASA
Judith Boudreau, travailleuse sociale, assistante à la coordination professionnelle à l'équipe DI-TED, DSJF
Magaly Giard, travailleuse sociale, DSA
Wendy Flood, agente de relations humaines, DSA

Collaboration

Marie-France Beauregard, chef d'administration de programme, DSA
Chantal Drapeau, chef des services psychosociaux, DSPPAPA
Julie Daviau, assistante à la coordination professionnelle en gestion de cas, DSASA
Linda Dieleman, Conseillère-cadre, DSASA

Collaboration spéciale

Vanessa Rodier Bourbeau, stagiaire à la maîtrise en psychoéducation, UQTR

Mars 2015

Publication réalisée par :

Yvonne Couture, psychoéducatrice, DSASA

Judith Boudreau, travailleuse sociale, assistante à la coordination professionnelle à l'équipe
DI-TED, DSJF

Magaly Giard, travailleuse sociale, DSA

Wendy Flood, agente de relations humaines, DSA

Collaboration :

Marie-France Beauregard, chef d'administration de programme, DSA

Chantal Drapeau, chef des services psychosociaux, DSPPAPA

Julie Daviau, assistante à la coordination professionnelle en gestion de cas, DSASA

Linda Dieleman, Conseillère-cadre, DSASA

Collaboration spéciale :

Vanessa Rodier Bourbeau, stagiaire à la maîtrise en psychoéducation, UQTR

Vous pouvez obtenir ce document à l'adresse suivante :

Centre de santé et de services sociaux- Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Marie-France Beauregard, chef d'administration de programmes

CSSS-IUGS

Direction des services aux adultes

50, rue Camirand

Sherbrooke (Québec) J1G 1B1

Téléphone : (819)780-2220 poste 48177

E-mail : mfbeauregard.csss-iugs@sss.gouv.qc.ca

ISBN : 978-2-924330-48-7 (version imprimée)

ISBN : 978-2-924330-49-4 (version PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

© 2015, CSSS-IUGS

Il est illégal de reproduire une partie quelconque de ce document sans l'autorisation de l'auteur.

La reproduction de cette publication, par quelque procédé que ce soit, sera considérée comme une violation du droit d'auteur.

Table des matières

Démarche d'évaluation : partie 1

Introduction	11
Présentation de la problématique	13
Distinction et définition des termes.....	15
Accumulation.....	15
Trouble d'accumulation.....	15
Encombrement.....	18
Insalubrité morbide.....	20
Compréhension de la problématique d'accumulation, d'encombrement et d'insalubrité.....	22
Contexte d'intervention	29
Philosophie.....	32
Repères éthiques (4 principes).....	33
Processus d'évaluation	35
Première prise de contact.....	37
La première visite à domicile.....	39
Les éléments incontournables à explorer.....	41
L'évaluation du degré d'intervention.....	42
L'implication du réseau de soutien.....	46
La sollicitation des partenaires.....	47

Démarche d'intervention : partie 2

Préambule à la démarche d'intervention	51
L'approche globale.....	52
Introduction aux approches d'intervention globales.....	55
L'entretien motivationnel.....	57
Définition.....	59
4 grands principes de l'entretien motivationnel.....	60
Les stades de motivation/changement.....	61
Qu'est-ce que le discours-changement ?.....	63
Particularités du trouble d'accumulation et le manque d'insight.....	64
L'approche orientée vers les solutions.....	71
Définition.....	73
Les postulats de base.....	73
L'ABC de l'alliance thérapeutique.....	74
Tableau d'identification du type d'usager.....	75
Les stratégies adaptatives.....	76
Le parcours vers les solutions en 3 étapes.....	77
Fin des interventions et prévention de la rechute.....	78
La réduction des méfaits	79
Définition.....	81
Modèle de réduction des méfaits en 5 étapes.....	82
2 types de suivis.....	84

Introduction à une approche spécifique : TCC adaptée..... 93

Qu'est-ce que le modèle cognitif-comportemental du trouble d'accumulation nous apprend ?.....	95
Qu'est-ce que l'approche cognitive-comportementale ?.....	96
Pourquoi la mention « adaptée » ?.....	97
Comment adapter l'approche cognitive-comportementale pour une clientèle âgée qui présente une problématique d'accumulation ?.....	97
Techniques de base de la TCC adaptée.....	99
L'identification des pensées.....	99
L'expérience comportementale.....	107
L'activation comportementale.....	109
L'exposition.....	113
La relaxation.....	118

Conclusion.....121

Annexe I Observations systématiques du milieu et mesure de la situation.....125

Annexe II Éléments incontournables à explorer en contexte d'accumulation131

Annexe III Techniques spécifiques pour susciter le discours-changement.....141

Annexe IV Techniques spécifiques149

Annexe V Exemple de canevas de plan de RM.....159

Annexe VI Avis du comité d'éthique.....163

Annexe VII Récapitulatifs : Processus d'évaluation et d'intervention.....173

Bibliographie et références.....177

DÉMARCHE D'ÉVALUATION

PARTIE 1



Introduction

Depuis quelques années, le phénomène d'accumulation et d'insalubrité prend de l'ampleur. Les constatations sur le terrain nous amènent à revoir nos façons de faire et surtout à miser sur une meilleure compréhension de cette problématique qui n'est pas sans effet sur les intervenants. Lorsque l'intervenant est exposé à une telle situation, il ressent vite l'impuissance et le dépassement. Parce qu'il faut bien dire les choses, ce sont des situations pour le moins hors du commun et qui heurtent nos valeurs profondes et nos principes de vie en général. Par ailleurs, dans bien des cas, il y a une comorbidité qui ajoute à la complexité de la situation. Bien sûr, le vieillissement de la population est une cause, mais nous savons aussi que la plupart du temps, et de plus en plus fréquemment, ce sont des usagers de moins de 65 ans qui sont aux prises avec ce problème. Les intervenants du CSSS-IUGS peuvent donc être appelés à intervenir auprès de personnes qui accumulent des objets ou des déchets de façon excessive, et qui ne parviennent pas à entretenir leur milieu de vie. Pour toutes sortes de raisons, cela les amènent à vivre dans des conditions de vie non acceptables d'encombrement et ultimement d'insalubrité morbide.

Les modalités d'intervention pour les usagers consentants à une prise en charge de leur situation (volontaires) sont assez connues tandis que celles qui concernent les personnes non consentantes méritent d'être précisées davantage et impliquent des décisions qui reposent sur des paramètres cliniques, légaux et éthiques.

Ainsi, des balises ont été développées afin d'uniformiser les pratiques au CSSS-IUGS et d'appuyer le jugement clinique des intervenants qui doivent naviguer entre leurs valeurs personnelles, leur perception, le regard propre à leur profession ainsi que les choix de vie de l'utilisateur et les demandes de l'entourage.

En somme, le présent Guide vise à soutenir les intervenants et les fonctions de coordination clinique ou les conseillères-cadres dans le cheminement clinique de telles situations d'accumulation, d'encombrement et d'insalubrité morbide.

PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE



Distinction et définition des termes

Selon la revue de littérature, il existe une multitude de raisons expliquant le trouble d'accumulation (T.A.) communément appelé « Hoarding Disorder » dans le DSM-V. Le cadre d'intervention diffèrera selon l'origine du problème (diagnostics associés au T.A.). C'est par ailleurs, pour cette raison, qu'il est primordial d'investiguer l'origine de l'encombrement et de l'accumulation plutôt que de s'intéresser uniquement aux symptômes apparents soit le désordre et parfois-même l'insalubrité du milieu de vie. Dans un même ordre d'idées, il est important de clarifier l'usage de certains termes couramment utilisés dans le cadre de cette problématique tels que : « l'accumulation », « le trouble d'accumulation », « l'encombrement » et « l'insalubrité morbide ».

ACCUMULATION

Qu'est-ce que l'accumulation?

L'action d'amasser et entreposer des quantités inhabituelles d'objets.¹

TROUBLE D'ACCUMULATION

Qu'est-ce que le trouble d'accumulation (T.A.)?

Trouble qui entraîne l'encombrement de l'espace de vie à un point tel que la qualité de vie et l'environnement sont affectés. L'individu éprouve une incapacité à se débarrasser des objets accumulés. L'accumulation d'objets non nécessaires se répercute habituellement sur le fonctionnement général du domicile, du travail, dans les loisirs et finalement dans les relations

¹ O'CONNOR, ST-PIERRE-DELORME, KOSZGI, *Entre monts et merveilles : comment reconnaître et surmonter l'accumulation compulsive*, Éditions multi mondes, 2012, p.3.

avec autrui.² Ce trouble est désormais reconnu dans le DSM-V comme étant un diagnostic en soi qui réfère à ce qu'on appelait communément le *syndrome de Diogène*.

L'accumulation compulsive était auparavant reconnue, à bien des égards, comme étant un sous-type du trouble obsessionnel compulsif (TOC). Ainsi, elle était considérée comme faisant partie exclusivement de la grande famille des troubles anxieux. Depuis, le DSM-V en a fait un diagnostic distinct, ce qui rend davantage justice aux constatations sur le terrain, c'est-à-dire l'apparition de cette conduite dans d'autres contextes. On la retrouve donc, en général, associée à un diagnostic ou bien secondaire à un mode vie marginal (itinérance, sous-culture) et à des problèmes psychosociaux (alcoolisme, toxicomanie, deuil, perte d'autonomie) et parfois reliés à certains troubles mentaux ou neurologiques ou trouble du comportement. Pour n'en nommer que quelques-uns parmi l'univers des possibilités : trouble déficitaire d'attention avec hyperactivité (TDAH), schizophrénie, dépression majeure, paranoïa, trouble d'anxiété généralisée, démence, déficience intellectuelle.

Cette problématique se caractérise par le fait d'amasser et d'entreposer des quantités inhabituelles d'objets qui ne possèdent pas de valeur perceptible. On peut retrouver une accumulation « ordonnée » ou non d'objets. Il peut s'agir ainsi, si c'est ordonné, d'un TOC de symétrie et d'ordre.³ Les objets seront entassés dans des boîtes, par exemple, et empilés jusqu'au plafond selon une méthode de rangement qui apparaît tout à fait illogique à l'intervenant, par exemple; par ordre alphabétique. Mais dans la plupart des cas, on observe un entassement pêle-mêle. L'utilisateur se procure ces objets dans la rue, dans les ventes-débarras, dans les magasins de grandes surfaces (à rabais) et ne peut s'empêcher de les ramener à son domicile.

² O'CONNOR, ST-PIERRE-DELORME, KOSZGI. *Entre monts et merveilles : comment reconnaître et surmonter l'accumulation compulsive*, Éditions multimondes, 2012, p.3.

³ PHOBIES-ZÉRO, La fondation des maladies mentales, *Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)*, Article disponible sur le web : www.phobies-zero.qc.ca,2010.

Par ailleurs, on peut généralement faire les constats suivants chez l'utilisateur :

- A de réelles difficultés de fonctionnement dans sa vie de tous les jours;
- Vit la plupart du temps seul;
- Vit avec la menace d'éviction constante de la part des propriétaires;
- Les objets sont toujours là de façon « temporaire » dans son idée;
- Réticent à laisser des étrangers entrer dans la maison;
- Se sent coupable et souffre du jugement de l'autre sur sa situation;
- Difficulté à faire confiance;
- Connaît la raison de son accumulation, mais ne peut s'en empêcher.

La plupart des objets peuvent devenir sujets à accumulation, mais les plus couramment vus sont :

- journaux, revues, dépliants;
- reçus, comptes, correspondance;
- déchets domestiques et ordures;
- cartons vides d'œufs ou autres
- aliments en conserve;
- meubles et appareils électroniques;
- vêtements;
- sacs de plastique⁴.

L'environnement de ces usagers se retrouve vite encombré d'objets de toutes sortes. Même s'ils sont conscients de leur problème, du moins en partie, il est cependant très difficile de les aider à se débarrasser de ces objets qui **deviennent investis et apaisent l'anxiété dans certains cas.**

⁴ O'CONNOR, ST-PIERRE-DELORME, KOSZGI, *Entre monts et merveilles : comment reconnaître et surmonter l'accumulation compulsive*, Éditions multimondes, 2012, p.4.

Ce sont des personnes vivant dans des conditions aberrantes, ne critiquant pas ce mode de vie et ne demandant aucune aide. Leurs comportements sont marqués par une extrême négligence de l'hygiène corporelle et de l'habitat et une sylogomanie (accumulation d'objets divers). La majorité du temps, ce sont des gens demeurant seuls à domicile, mais il arrive dans 10 % des cas qu'ils vivent à deux (en couple ou non). Dans les rares cas à deux, il est souligné qu'il y a une personne qui est toujours plus active que l'autre dans son trouble de comportement.

Le profil des personnes aux prises avec ce problème comporte plusieurs caractéristiques. Comme il s'agit d'une problématique et non d'une maladie, ces personnes peuvent en cumuler plusieurs ou en comporter qu'une seule.

Ces éléments descriptifs rencontrés dans la revue de littérature ne représentent cependant pas une liste exhaustive.

Parmi ces caractéristiques, l'intelligence n'est pas nécessairement limitée. Les personnes peuvent être fonctionnelles dans leur vie, avoir un réseau social et un travail. D'autres sont isolées socialement, ont probablement été isolées tout au long de leur vie et/ou avaient peu de relations en dehors du travail. Dans un cas comme dans l'autre, leur syndrome peut rester insoupçonné pendant des années, voir des décennies.⁵

ENCOMBREMENT

Qu'est-ce que l'encombrement?

Accumulation d'objets amassés et entreposés rendant l'espace de vie difficile d'accès ou impraticable. Les objets forment souvent des piles désorganisées, disposées de façon aléatoire. La

⁵ CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE, *Au-delà de l'encombrement ou de l'insalubrité morbide, la rencontre d'une personne et les conditions d'interventions*, 2013, p.13.

plupart du temps, ces piles d'objets sont à la vue de tous et rarement rangées dans des espaces prévus à cette fin.⁶

L'encombrement entraîne des difficultés de fonctionnement chez l'utilisateur qui :

- ne retrouve pas des lettres ou des documents importants, perdus dans des piles dans son milieu de vie;
- a difficilement accès aux aires de cuisines et à la salle de bain dû à l'encombrement;
- utilise la baignoire comme endroit de rangement;
- empile des rangées de boîtes au mur;
- accumule les choses en amas rendant les pièces inaccessibles;
- se retrouve avec toutes les pièces de son milieu de vie encombrées;
- ne parvient plus à garder les lieux propres en raison de l'encombrement.

Lorsque l'encombrement est suffisamment important et que l'utilisateur éprouve des difficultés psychologiques, l'insalubrité peut s'installer rapidement. Si par-dessus tout on relate des difficultés fonctionnelles chez l'utilisateur, on se retrouve alors au carrefour névralgique entre le trouble d'accumulation, l'encombrement, l'insalubrité et le dysfonctionnement psychosocial à l'origine de l'utilisation du terme *Syndrome de Diogène* encore couramment utilisé malgré le fait qu'on ait statué sur l'abolition de cette terminologie. Ce terme était et est encore utilisé afin de décrire un trouble du comportement associant une négligence extrême de l'hygiène corporelle et domestique, ainsi qu'une accumulation extrême d'objets hétéroclites qui conduisent à des conditions de vie insalubres rappelant l'insalubrité morbide

⁶ O'CONNOR, ST-PIERRE-DELORME, KOSZGI, *Entre monts et merveilles : comment reconnaître et surmonter l'accumulation compulsive*, Éditions multimondes, 2012, p.9.

INSALUBRITÉ MORBIDE

Qu'est-ce que l'insalubrité morbide?

État anormal d'insalubrité majeure causée par un dérèglement psychologique qui est préjudiciable à la santé, empêche ou retarde la guérison, contamine ou peut contaminer l'air, la nourriture ou l'eau. Ce terme englobe toutes variantes de comportements aboutissant à une négligence de la propreté du logement avec un entassement d'objets ou de déchets menaçant la santé.⁷

Dans les situations extrêmes, on constate un comportement acquis de négligence de l'hygiène corporelle et domestique conduisant à des conditions de vie insalubres. Il se rencontre chez l'adulte jeune et âgé. Son mécanisme étiopathologique ne fait pas toujours l'objet d'un consensus même plusieurs décennies après sa première description. Leur analyse a montré l'absence de précarité socio-économique, de pathologies psychiatriques et physiques génératrices d'handicaps. Par contre, une démence d'allure dégénérative caractérisée par un dysfonctionnement frontal a été couramment retrouvée. Le trouble d'accumulation (T.A.) en gériatrie semble être, plus souvent qu'autrement, symptomatique d'un processus lésionnel entraînant un dysfonctionnement frontal. Il ne correspondrait donc pas à un choix de vie lucide, ce qui incite à une prise en charge médico-sociale précoce.⁸

Ainsi, on peut généralement observer les symptômes comportementaux suivants chez l'utilisateur âgé:

- ne sort quasiment plus de chez lui;
- n'assure plus son hygiène personnelle ni même l'entretien de son logement;
- aime conserver des vêtements même s'ils ne font plus ou ne lui appartiennent pas;

⁷ *Insalubrité morbide; quand l'insalubrité menace*, Publication de la direction de la santé publique : agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2011, p.4.

⁸ O. BEAUCHET, D. IMLER AND L. CADET, *Le syndrome de Diogène en gériatrie: Discussion à propos de trois observations*, L'année gérontologique (Ed. française) A. 2003, vol. 17, n°1, p. 179-191

- dénie ses troubles;
- hostilité et méfiance accrue envers un étranger;
- offre une justification à sa façon de vivre;
- n'exprime aucune critique de sa situation;
- affirme ne pas aimer jeter les choses et préfère conserver;
- on note un certain attachement aux souvenirs.

Et dans l'environnement physique, on constate :

- odeurs nauséabondes;
- excréments d'animaux lorsqu'ils en ont;
- quantités d'animaux familiers hors du commun;
- détritiques domestiques de tout genre;
- produits consommables en voie de décomposition;
- entassement d'objets divers rendant les espaces de vie restreints;
- accumulation d'objets hétéroclites (vaisselles, journaux, sacs, conserves, vêtements, etc.).

COMPRÉHENSION DE LA PROBLÉMATIQUE D'ACCUMULATION, D'ENCOMBREMENT À L'INSALUBRITÉ

La section suivante, sous forme de tableau, abordera la problématique sous 5 angles soit :

- 1. Les critères distinctifs**
- 2. Les impacts de la problématique sur l'environnement ainsi que l'utilisateur**
- 3. Le domaine émotif et relationnel**
- 4. La reconnaissance du problème**
- 5. L'acceptation de l'aide**

Les situations dans le présent tableau se divisent en 2 constats soit celles sans insalubrité ainsi que celles avec insalubrité. Les situations avec insalubrité ont été catégorisées sous l'angle d'un continuum de sévérité : code jaune, orange et rouge. Cette catégorisation permet une objectivation de l'état des lieux, ce qui nous éloigne du jugement de valeurs basé sur l'interprétation subjective de l'intervenant-évaluateur.

COMPRÉHENSION DE LA PROBLÉMATIQUE D'ACCUMULATION, D'ENCOMBREMENT À L'INSALUBRITÉ

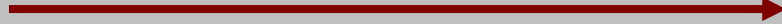
De la normalité à la pathologie 

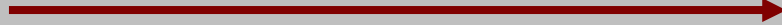
Description	Prévoyance	Collectionnisme		Accumulation compulsive avec ou sans méthode <u>SANS</u> insalubrité (Code vert)	Accumulation, encombrement <u>AVEC</u> insalubrité <u>AVEC</u> facteurs de risque : chute, feu, contamination		
		D'intérêt sentimental	De courant populaire (mode)		Code jaune Type 1	Code orange Type 2	Code rouge ⁹ Type 3
1. critères distinctifs	Achat en grosses quantités. Faire des réserves de denrées alimentaires ou non couramment utilisées.	Collection d'un objet en particulier qui a une valeur sentimentale. Peut durer toute une vie. (Ex. : les grenouilles).	Collection d'un objet en particulier pour sa popularité. Habituellement passager. (Ex. : les poupées bout de choux)	L'hygiène corporelle est appropriée, mais peut donner signe de négligence partielle. Accumulation d'objet sans méthode et sans ordre dans un but de... « si jamais j'en ai besoin, si jamais je ne le trouve plus » (Ex. : sacs de plastique, journaux, etc.)	Accumulation de marchandises avec ou sans méthode systématique Obstruction partielle des pièces suite à l'encombrement Hygiène corporelle et vestimentaire est partiellement négligée	Accumulation de déchets emballés ou non Obstruction quasi-complète des pièces suite à l'encombrement Hygiène corporelle et vestimentaire est nettement négligée avec parfois des moments où c'est adéquat	Catastrophe sanitaire, hygiénique : entassement d'objets divers (sylligomanie) et insalubrité. Saleté extrême, odeur fétide, nauséabonde, présence d'excrément d'animaux, de poils d'animaux. Hygiène corporelle et vestimentaire est inappropriée de façon continue : Un état de négligence corporelle et vestimentaire .

⁹ Thomas KNECHT, *Le syndrome de diogène d'un point de vue gériatrique*. Forum Med Suisse, 2007, p. 839-845.

Description	Prévoyance	Collectionnisme		Accumulation compulsive avec ou sans méthode SANS insalubrité (Code vert)	Accumulation, encombrement AVEC insalubrité AVEC facteurs de risque : chute, feu, contamination		
		D'intérêt sentimental	De courant populaire (mode)		Code jaune Type 1	Code orange Type 2	Code rouge⁹ Type 3
2. Impact sur l'environnement/personne	Le choix des items est raisonné et la quantité jugée raisonnable (dans le respect de l'espace de rangement que l'on a, donc il n'y a pas d'encombrement)	<p>L'objet de collection est choisi pour sa valeur ou sa qualité.</p> <p>Le fonctionnement n'est pas entravé, l'environnement non plus. Normalement, un espace est réservé à la collection ou bien elle est étalée un peu partout sans toutefois être encombrante.</p>	<p>L'objet de collection est moussé par une campagne de marketing (phénomène de la mode), donc c'est du registre de la pression sociale que de détenir l'objet de collection en grande quantité. On suit un courant.</p>	<p>L'objet n'est pas choisi pour sa valeur ou sa qualité sentimentale, plutôt pour son utilité. Il y a plusieurs objets.</p> <p>L'encombrement peut être impressionnant.</p> <p>Les objets peuvent être ordonnés à l'extrême et entassés selon une méthode ou en amas sans ordre particulier</p>	<p>Encombrement partiel des lieux.</p> <p>Amoncellement d'objets divers</p> <p>L'entretien des lieux devient négligé.</p>	<p>Accumulation d'objets usagés divers, de nourriture avariée, d'ordures, de bouteilles, de produits de toutes sortes, en nombre incalculable</p> <p>L'entretien des lieux devient difficile.</p>	<p>Les canalisations (toilettes, éviers) peuvent être bouchées.</p> <p>On remarque l'inaccessibilité aux appareils sanitaires</p> <p>L'entretien des lieux devient impossible.</p>

Description	Prévoyance	Collectionnisme		Accumulation compulsive avec ou sans méthode SANS insalubrité (Code vert)	Accumulation, encombrement AVEC insalubrité AVEC facteurs de risque : chute, feu, contamination		
		D'intérêt sentimental	De courant populaire (mode)		Code jaune Type 1	Code orange Type 2	Code rouge ⁹ Type 3
3. Domaine émotif et relationnel	Sentiment de sécurité qui apaise l'inquiétude de manquer de quelque chose	Sentiment de fierté	Sentiment d'appartenance sociale, se sentir « in »	<p>Sentiment de culpabilité et de honte associée aux conditions du milieu ou partiellement reconnus.</p> <p>Lutte constamment contre l'anxiété causée par ce comportement entraînant une incapacité à se mobiliser par elle-même (la personne).</p>	<p>De façon générale, il y a absence de honte ou de culpabilité puisque déni de la réalité relatif aux conditions de vie. Toutefois, il arrive parfois que l'usager éprouve ces sentiments.</p> <p>Méfiance et distance avec autrui. Hostilité dans certains cas. Isolement social fréquemment constaté.</p> <p>Anxiété de fond difficile à décoder. Dans certains cas, elle n'est pas présente. Les comportements d'évitement peuvent être des indicateurs de la présence d'anxiété.</p> <p>Incapacité à se débarrasser des objets selon une logique socialement établie (triage : à jeter, à recycler, à donner, à conserver), et ce, pour maintes raisons (ex. manque d'énergie, distorsions cognitives, intérêts personnels, etc.) Ces raisons sont à explorer au cours de l'évaluation afin de planifier l'intervention adéquatement.</p> <p>Les objets sont accumulés et entassés sans ordre, ni utilité pour l'usager.</p>		

Description	Prévoyance	Collectionnisme		Accumulation compulsive avec ou sans méthode SANS insalubrité (Code vert)	Accumulation, encombrement AVEC insalubrité AVEC facteurs de risque : chute, feu, contamination 		
		D'intérêt sentimental	De courant populaire (mode)		Code jaune Type 1	Code orange Type 2	Code rouge⁹ Type 3
4. Reconnaissance du problème	N/A	N/A	N/A	Déni partiel de sa situation, mais reconnaît à certains moments le caractère excessif de l'accumulation d'objets, mais l'investissement de l'objet est plus important que les conséquences de cette accumulation.	<p>Au début du suivi, l'utilisateur ne reconnaît pas l'ampleur de la situation. Ne saisit pas pourquoi il est urgent d'intervenir. Ne saisit pas les risques et les dangers.</p> <p>Dans le même ordre d'idées, la présence de parasites ou d'insectes rampants est possible et l'utilisateur ne nous le mentionnera pas comme étant un problème en soi ou la résultante de son problème d'accumulation.</p> <p>Vos interventions aideront l'utilisateur à cheminer à ces niveaux si celui-ci est apte à réaliser ce type de cheminement.</p> <p>Les approches d'interventions qui vous seront présentées ultérieurement seront fort utiles afin d'y parvenir.</p>		

Description	Prévoyance	Collectionnisme		Accumulation compulsive avec ou sans méthode SANS insalubrité (Code vert)	Accumulation, encombrement AVEC insalubrité AVEC facteurs de risque : chute, feu, contamination 		
		D'intérêt sentimental	De courant populaire (mode)		Code jaune Type 1	Code orange Type 2	Code rouge⁹ Type 3
5. Acceptation de l'Aide	N/A	N/A	N/A	Désir d'être aidé, mais craint qu'on le force à se débarrasser ou à abandonner ses objets. Donc peut refuser l'aide avant même de savoir comment on peut l'aider.	<p>L'aide proposée est souvent refusée et perçue comme intrusive et non justifiée. Des résistances au changement sont observées. Celles-ci peuvent être exacerbées ou amoindries en fonction de l'approche adoptée envers l'utilisateur.</p> <p>L'absence de honte, gêne et autocritique (insight) peuvent être observées or, cela n'est pas nécessairement constaté dans tous les cas. Ex. un usager en situation de code rouge peut éprouver de la honte quant à l'état de son milieu de vie mais ne pas vouloir amorcer de changements pour maintes raisons.</p> <p>De façon générale, les cas extrêmes de code rouge présentent aucune gêne ou honte et n'ont pas de regard critique envers leur milieu et comportements.</p> <p>L'utilisateur, par résistance au changement ou à l'autorité que nous représentons, peut revendiquer une liberté de vivre tel qu'il l'entend..</p>		

Légende :

N/A = non applicable puisque non problématique

CONTEXTE D'INTERVENTION



La première chose à laquelle l'intervenant devra faire face, sera un environnement qui peut être à la fois : encombré, malpropre, insalubre, malodorant, repoussant et dangereux d'un point de vue sanitaire. Cela suscite, dès les premières expositions au milieu de vie, autant la fascination, la crainte et le dégoût, qu'un désir d'intervenir. Il ne faut pas que l'intervenant perde de vue, quel que soit l'ampleur de la problématique, qu'une situation qui dure depuis des années ne peut se résoudre en quelques mois.¹⁰

Par ailleurs, la prise en charge de cette problématique soulève des questions éthiques. Chaque situation doit être regardée individuellement. Généralement, on intervient dans un tel contexte parce qu'il y a eu révélation du problème soit à cause d'une hospitalisation, d'un incident au domicile (dégât d'eau, incendie dans l'immeuble), dépôt d'une plainte du voisinage ou dans de rares cas, par l'entourage familial. On ne peut déraciner tous les cas d'encombrement et d'insalubrité de leur foyer! Certaines situations nous y obligent pour des considérations de sécurité et d'autres, non.

Lorsque l'on se rend au domicile de ces usagers, on est vite frappé par les conditions d'hygiène catastrophiques. Par ailleurs, il faut laisser de côté nos valeurs propres et il importe de relever objectivement le niveau de fonctionnement de l'usager, le degré de dangerosité des lieux et se questionner sur la limite entre le bien commun et celui de la collectivité qui en est brimé. L'absence de collaboration et de communication est généralement le seul et unique obstacle à l'intervention qu'il faut tenter de contourner.

Toutefois, on peut dresser, selon la littérature, une ligne commune à tous ces usagers, quels qu'ils soient : ils ont un déficit de traitement de l'information (incapacité à se décider, à prendre position), problèmes de résolution des liaisons affectives (les objets donnent confiance et diminuent le stress), comportements d'évitement (peur du changement), représentations altérées de la valeur de ses possessions (pensées superstitieuses, magiques attribuées aux objets)

¹⁰ CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE, *Au-delà de l'encombrement ou de l'insalubrité morbide, la rencontre d'une personne et les conditions d'interventions*, 2013,p.15.

Philosophie

La philosophie de tout intervenant confronté à cette problématique devrait comporter les éléments suivants :

- Le volontariat, jusqu'à un certain point, respect du rythme d'évolution, interventions basées sur les besoins exprimés par la personne ou qui s'avèrent associés à la condition de santé mentale.
- La culture d'une relation de confiance est impérative et constitue le premier pas à franchir : sans jugement, empreint d'intérêt et de compréhension des besoins exprimés.
- Rétablir un lien de communication sain et stable dans le temps entre l'utilisateur et une personne de la communauté qui sera en charge petit à petit d'activer un plan de désencombrement et de nettoyage, et ce, au rythme de la personne.
- Ne pas agir contre le gré de la personne (ex. : jeter, ramasser) et on respecte son rythme à moins que sa sécurité soit compromise.
- Éviter toute forme d'intrusion qui active l'hostilité et l'agressivité. Présenter les individus qui viendront en support à l'utilisateur, les guider sur l'attitude ainsi que sur la procédure à adopter.
- Identifier, lorsque la communication est établie, le stressor à l'origine du trouble. Il s'agit de valider comment s'est installé le problème.
- Éviter de laisser l'utilisateur à lui-même parce qu'il est récalcitrant ou bien d'agir de façon autoritaire par des décisions imposées sans réflexion préalable.
- Considérer que même si la personne est prise en charge pour ce qui est de son environnement, elle résistera la plupart du temps à l'hygiène quand même.
- Avoir des attentes réalistes : intervention à long terme (plan sur 1 ou 2 ans) et ce, avant de voir des changements significatifs, car il y a un risque élevé de rechute.
- Garder en tête que les usagers vivant dans de telles conditions révèlent la plupart du temps une incapacité également à s'occuper de soi, de leurs biens et des responsabilités qui en découlent. L'intervenant doit mesurer s'il doit alors mettre en place un filet de sécurité pour assurer la protection des biens et de la personne, soit par :

- Évaluer la pertinence de procéder à une ouverture de régime de protection (biens/personnes).
- Vérifier si l'utilisateur a un médecin de famille, sinon effectuer la démarche pour y avoir accès.
- Dans certaines situations, la relocalisation s'avère souvent nécessaire afin de pouvoir maintenir par la suite un niveau acceptable. On se voit surpris de l'effet bénéfique sur l'utilisateur qui apprécie finalement le changement. Mais la plupart du temps, le défi est de superviser la situation et d'éviter la rechute.

Repères éthique (4 principes)

Certains principes doivent guider les interventions des professionnels de la santé dans des situations complexes, tout particulièrement lorsqu'il y a résistance de la personne. Une analyse fine est requise afin de soupeser le droit à la confidentialité et à la protection.

1) Principe d'autonomie chez l'utilisateur

- Le respect des valeurs et des décisions de l'utilisateur.
- Le bien-être de la personne aidée est la justification fondamentale de toute intervention.
- Respect du rythme de l'utilisateur.

2) Principe de santé psychologique de l'intervenant envers l'utilisateur

- Considérer que l'utilisateur a un potentiel, c'est-à-dire des ressources et des compétences.
- Avoir des attentes réalistes.
- Il ne faut pas prendre en charge l'utilisateur ou faire à sa place. Il faut le supporter dans les démarches et l'accompagner.
- Permettre à l'utilisateur de faire des choix et de maintenir un contrôle sur sa vie.
- Travailler en équipe de façon concertée afin d'avoir la même compréhension de la problématique.
- Discuter et faire un suivi avec les personnes assurant les fonctions de coordination (ACP) ou conseillère cadre pour échanger sur ses inquiétudes ou ses préoccupations.
- Se respecter : mettre ses limites, évaluer ses possibilités d'action en regard de ses valeurs dans ces situations.

- Éviter d’agir sur plusieurs plans en même temps.
- Éviter de sombrer dans l’obsession de « tout » contrôler. Il se peut que l’intervenant ait oublié un élément dans la démarche. La perfection n’est pas exigée.

3) Principe de bienfaisance de l’intervenant

- Prendre le temps d’établir et de cultiver un lien de confiance.
- Considérer une intensité de services (intervention) soutenue.
- Une attitude interventionniste est justifiée lorsque l’autonomie de la personne est altérée et que ses décisions ou ses actions compromettent son bien-être soit dans les circonstances suivantes :
 - La personne est atteinte d’un trouble mental dans une phase de désorganisation ou présente un tableau de dysfonction cognitive qui la rend inapte à prendre des décisions à propos de sa personne.
 - La sécurité de la personne est compromise de façon imminente : risques d’incendie, d’accident, de maladie.
 - La sécurité et le bien-être de l’entourage sont menacés, notamment par une certaine anxiété face aux risques d’incendie et d’accident, ou encore à cause des odeurs nauséabondes ou de la possibilité de contracter toutes sortes de maladies.

4) Principe d’équilibre des risques et des bénéfices

Rappelons que l’intervenant a une obligation de moyens et non de résultats. Ainsi, tout en étant raisonnablement diligent et prudent, il n’y a pas d’obligation juridique d’obtenir que l’usager adopte un mode de vie parfaitement sanitaire. Ainsi, l’intervenant a le devoir d’évaluer de façon continue la situation psychosociale afin d’adapter son plan d’intervention et les actions professionnelles qui en découlent.

PROCESSUS D'ÉVALUATION



Première prise de contact

Avant même de se rendre à domicile ou de pénétrer dans le logement, il est conseillé d'anticiper tous les risques avant même d'entrer dans un milieu de vie insalubre.

Pour cela, il sera intéressant, lorsque cela est possible, de :

- consulter, s'il existe, le dossier de la personne et les rapports disponibles;
- consulter le dossier de l'équipe d'évaluation;
- contact téléphonique afin d'évaluer les risques potentiels avant la première visite (état général de l'utilisateur, présence d'animaux, etc.);
- discuter avec les collègues de travail et les différents partenaires impliqués pour évaluer au préalable les facteurs de risque au domicile (s'assurer d'avoir le consentement de l'utilisateur);
- se procurer le matériel préventif requis pour la situation parmi l'inventaire des propositions suivantes :

Matériel de protection individuel

- Gants en latex
- Masque
- Blouse jetable
- Protège souliers
- Petit banc en plastique pour s'asseoir chez l'utilisateur
- Piqué d'incontinence jetable (pour déposer sur un meuble afin de s'y asseoir)
- Lampe de poche pour les endroits sombres afin de détecter la présence de parasites
- Sacs à ordures
- Drap blanc pour les sièges du véhicule.
- Lingettes de peroxyde d'hydrogène (ex. Lysol, Purel, etc.)
- Vicks en présence d'odeurs nauséabondes (appliquer sous le nez)
- Crochet amovible (pour manteau d'hiver; autres saisons laissez le tout dans l'auto).

Matériel administratif

- Planchette avec un serre feuilles afin de prendre des notes
- Copie de la grille d'observation systématique du milieu et mesure de la situation
- Documents d'autorisation afin de communiquer des renseignements contenus au dossier (feuille bordure brune)
- Coupons de taxi (si l'utilisateur doit changer de milieu de vie)
- Cellulaire (pour ne pas se servir de celui de l'utilisateur)
- Liste des ressources communautaires et formulaires

Le premier objectif devrait être d'abord de procéder à une évaluation des lieux nous permettant de faire la distinction entre accumulation, encombrement et insalubrité. L'insalubrité constitue une menace à la santé et à la sécurité des occupants et devrait entraîner une intervention structurée rapprochée dans le temps, car un domicile insalubre est considéré impropre à l'habitation. Parmi les risques associés à la sécurité des occupants, mentionnons les incendies, les accidents ou la maladie. Une grille d'observation systématique du milieu et mesure de la situation doit être complétée afin de dresser l'ensemble des problèmes observés (Annexe I).

Le premier contact constitue la base de l'évaluation puisqu'il permettra de concevoir des pistes d'intervention. Les évaluations que l'intervenant peut faire sont celles de l'état du logement et de son entretien ainsi que celles de la personne (degré de vulnérabilité et santé physique). Quel que soit le moyen utilisé, il faut garder à l'esprit qu'un premier contact peut être épuisant pour la personne : il faudra être attentif et savoir l'écouter au besoin¹¹

Ces évaluations se font par observation de la personne et de son environnement : certains intervenants vont jeter des coups d'œil discrètement, d'autres demanderont à faire une visite guidée du logement et en profiteront pour poser des questions. À travers ces observations, l'intervenant aura aussi sa perception de la situation et de la personne pour préparer l'intervention.

Toutes les techniques, observation simple avec ou sans questions, sont bonnes, pourvu que l'intervenant respecte les règles de l'art et la philosophie d'intervention et prenne toutes les précautions pour sa santé et sa sécurité. De plus, il doit agir en toute confidentialité et surtout en respectant l'utilisateur.

¹¹ CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE, *Au-delà de l'encombrement ou de l'insalubrité morbide, la rencontre d'une personne et les conditions d'interventions*, 2013, p.17.

La première visite à domicile

Les objectifs à poursuivre :

- Évaluer les lieux : il est incontournable d'entrer dans le milieu de vie.
- Créer et maintenir le lien de confiance (ou « lien thérapeutique ») : le contact et la relation doivent rester l'objectif premier et continu.
- Faire en sorte que la situation ne s'aggrave pas (réduction des méfaits).
- Travailler sur une amélioration minimale et son maintien : ne pas chercher la perfection dans l'atteinte du résultat.¹²
- Demander à la personne ses pistes de solutions et son plan pour rétablir la situation.

Les stratégies :

À noter que les énoncés ci-dessous ne doivent pas être considérés systématiquement dans cet ordre. Selon la situation, cela peut différer.

- Vérifier si la personne a un médecin de famille et sinon faire les démarches en ce sens.
- Le plan d'intervention, en association avec les proches ou les ressources communautaires externes, devrait être articulé avec une préoccupation pour la méthode de triage : jeter, récupérer, recycler, donner sans danger d'infestation. Il doit amener la personne à se poser ces questions : « *Est-ce que je compte l'utiliser tout de suite? En ai-je besoin? Combien d'objets de ce genre ai-je déjà?* »

¹² CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE, *Au-delà de l'encombrement ou de l'insalubrité morbide, la rencontre d'une personne et les conditions d'interventions*, 2013, p.14.

- Faire le point sur les factures pour une mise à jour de la situation financière qui est souvent laissée pour compte.
- Identifier les pièces à désencombrer en ciblant de façon prioritaire un endroit se référant à l'alimentation : frigidaire, placards de la cuisine ou comptoir. Le but est d'avoir des informations sur la manière dont la personne se nourrit, de voir son fonctionnement, d'évaluer les risques pour la personne et d'installer des conditions sanitaires minimales en matière d'alimentation.
- Choisir un objectif réaliste avec la personne et lui donner une échéance, par exemple : trois semaines de délai. ¹³

¹³ CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE, *Au-delà de l'encombrement ou de l'insalubrité morbide, la rencontre d'une personne et les conditions d'interventions*. 2013, p.25.

Les éléments incontournables à explorer

Lors des premières rencontres, l'emphase devrait être mise sur la compréhension de la structure de pensée de l'utilisateur afin de comprendre comment s'est installée la problématique et pourquoi elle demeure pour ainsi mieux orienter les interventions en fonction de cette dynamique. Par conséquent, il y a des questions incontournables à explorer pour être en mesure de compléter notre évaluation :

- Qui est l'utilisateur à l'extérieur du problème d'accumulation?
- Quelles sont ses valeurs?
- Comment l'accumulation répond-elle à ses valeurs?
- Comment l'accumulation contrevient-elle à ses valeurs?
- Depuis quand l'utilisateur vit-il dans ces conditions?
- Y a-t-il un élément déclencheur « relativement récent »?
- Est-ce plutôt une problématique qui s'est chronicisée au fil du temps?
- Est-ce que l'individu reconnaît la problématique d'accumulation?
Si oui, comment l'explique-t-il?
- Est-ce que l'environnement dans lequel vit l'utilisateur lui convient?
Si non, quel est l'écart entre l'état actuel et l'état désiré?
- Comment se procure-t-il les objets accumulés?
- Qu'est-ce que les objets accumulés représentent pour lui?
- Quelles sont les raisons pour lesquelles les objets sont conservés?
- Quels types d'objets ne sont pas amassés? Comment l'explique-t-il?
- Quels sont les avantages et les inconvénients associés à l'accumulation?
- Est-ce que l'utilisateur parvient à se départir de certaines possessions? Si non, quelles sont les raisons pour lesquelles il n'y parvient pas? Si oui, comment vit-il avec cela?

(Voir Annexe II pour grille de soutien complète).

L'ÉVALUATION DU DEGRÉ D'INTERVENTION (Vert-Jaune-Orange-Rouge)

À cette étape, l'intervenant devra évaluer le niveau de risque sanitaire et sécuritaire, de l'état du logis afin de procéder au classement par code de couleur (vert, jaune, orange, rouge) du niveau de dangerosité. Quel que soit le niveau de sévérité et de dangerosité, l'approche demeurera la même. Cependant, c'est le rythme d'intervention qui changera devant l'urgence d'intervenir.

Situation code vert (sans insalubrité)

La situation en code vert ne doit pas être prise à la légère. Il n'y a pas d'insalubrité, certes, mais il peut y avoir de nombreux facteurs de risque dû à l'encombrement qui exigent une intervention rapide tout de même.

À ce stade, l'intervenant détient tout le temps pour bien créer son lien de confiance, apprendre à connaître l'utilisateur et bien le guider dans ses priorités de désencombrement et dans la recherche de solutions.

On peut toutefois remarquer certains points en situation code vert :

- L'hygiène corporelle est généralement appropriée, mais non de façon constante. L'intervenant peut observer des signes de négligence partielle. Donc, à certaines de vos visites, l'utilisateur peut être tout à fait bien mis, mais la visite suivante avoir une tenue négligée.
- L'accumulation d'objet est soit sans méthode et sans ordre dans un but de...« si jamais j'en ai besoin, si jamais je ne le trouve plus » (Ex. : sacs de plastique, journaux, etc.) **OU** au contraire de façon ordonnée à l'extrême avec entassement selon une méthode particulière de classement.
- Les efforts doivent être mis à encourager l'utilisateur à reprendre le contrôle de son milieu de vie, à prendre conscience de la problématique à l'origine de son trouble d'accumulation et à solliciter l'aide d'un réseau de soutien qui saura le soutenir à long terme et ainsi lui assurer une certaine vigilance sur le besoin d'aide .

Situation code Jaune (type1) :

En situation code jaune, on constate l'absence de l'implication du réseau qui distingue fréquemment les individus qui accumulent compulsivement sans insalubrité (code vert) de ceux qui accumulent compulsivement avec insalubrité (sur un continuum).

Ainsi :

- Les efforts d'intervention devront être mis sur le contrôle de l'accumulation afin de rétablir, minimalement, l'entretien des lieux (priorité #1 est la sécurité de l'individu à domicile, priorité #2 est la salubrité). Ensuite, il faut sensibiliser l'utilisateur à l'impact de son accumulation sur sa sécurité, son autonomie, son bien-être.
- La création ou sollicitation d'un réseau de soutien à ce moment-ci devient crucial pour éviter le glissement vers le code orange. Les organismes communautaires en Estrie sont d'excellentes possibilités à envisager pour pallier aux besoins de support à tous niveaux.
- La présence d'accumulation d'objets de toutes sortes laissent de légers indices environnementaux de difficulté d'entretien des lieux (pour le moment), mais il ne faut pas négliger d'évaluer les facteurs de risque qui pourraient contribuer à changer notre lecture de la situation et ainsi changer le degré de sévérité en raison de l'impact sur l'utilisateur.
- L'évolution de la situation est donc à surveiller afin d'éviter que ça s'envenime (ex. accumulation de poussière, poils d'animaux, de nouvelles possessions, etc.).
- Les partenaires municipaux sont très rarement impliqués à ce niveau de sévérité de la situation.

Situation code Orange (type 2) :

Lorsqu'un utilisateur présente une situation de code orange, on reconnaît qu'il est urgent d'agir, mais on constate que cela peut encore être tolérable après bien sûr avoir évalué les facteurs de risques. Par ailleurs, il est clair dans la totalité des codes oranges que si l'on n'intervient pas, on se retrouve avec une détérioration rapide des lieux (en moins d'un à 2 mois). On observe souvent une rapidité de passage du code orange au rouge. Le suivi doit donc être rapproché et étroit.

Ainsi, on constate :

- L'obstruction quasi complète des pièces suite à l'accumulation / l'encombrement.
- La présence d'accumulation majeure d'objets qui rendent difficile l'usage des utilités sanitaires (évier, baignoire, etc.) ou des appareils ménagers.
- La présence d'indices environnementaux d'insalubrité qui commencent à s'observer (sauté due à l'encombrement, débris de nourriture ici et là, ordures qui s'accumulent, odeurs, etc.).
- Le risque de feu, de chute et de contamination alimentaire plus important.
- L'infestation, dans certains cas, de punaises de lit ou autres parasites qui ajoutent à la complexité de la situation sans toutefois être conséquente de l'accumulation.
- L'hygiène corporelle et vestimentaire est nettement négligée de façon générale, mais parfois adéquate, ce qui sème le doute chez l'intervenant sur sa volonté, sa capacité à faire son hygiène personnelle.
- L'environnement permet difficilement la circulation sécuritaire et les accès sont difficilement atteignables.
- Les partenaires municipaux sont généralement toujours impliqués dans ces milieux.

Situation Code Rouge (type 3) :

En situation de code rouge, bien sûr l'intervention est urgente et l'utilisateur se retrouve confronté à une situation désastreuse. Il est fréquent que la menace d'éviction soit le levier pour intervenir avec l'utilisateur qui ne souhaite pas apporter de changement à sa situation. Dans la mesure du possible, il faut éviter l'approche « container » : avoir des attentes et des demandes réalistes et humaines. Demander à la personne de mettre au rebut ou simplement mettre à la rue tout ce qui l'encombre sans égard à ses désirs et l'anxiété générée, est une stratégie non-recommandable. Les proches ou le réseau auront cette tendance. Ils voudront régler rapidement et voudront remédier à la situation de cette façon. Cela ne s'avère pas gagnant et favorise un haut risque de rechutes.

Cette approche « musclée » a un impact majeur, car elle cause un traumatisme chez l'accumulateur, qui peut renforcer le problème de comportement quel que soit l'origine du trouble en question. La seule raison pour laquelle cette approche pourrait être utilisée, c'est en l'absence d'efforts de l'utilisateur et s'il y a des risques importants pour la santé ou pour le feu. Quels que soient les motifs, cette stratégie aura un impact sur la personne assurément et il faut en être conscient.

Ainsi, dans l'évaluation des lieux, l'intervenant devra porter une attention particulière au risque de feu, d'accessibilité des entrées et des sorties, à la possibilité ou la présence de dégâts d'eau, à la prévention des chutes et aux risques pour la santé physique (moisissure, punaises de lit, animaux, etc.). Par ailleurs, en cas d'infestation aux punaises de lit, veuillez-vous référer à la procédure de l'établissement qui établit la marche à suivre.

Ainsi, si l'intervenant est interpellé en contexte de code rouge et qu'il évalue être en présence d'une situation de crise/urgence où il y a un risque d'évincement probable¹⁴, il devra tenir compte des étapes suivantes pour le guider dans son intervention :

1. Prendre contact avec la personne (pour vérifier la reconnaissance ou non de la situation).
2. Prendre contact avec le propriétaire ou le représentant de la ville et demander un délai pour intervenir.
3. Présenter les choix et les impacts liés à ces choix et expliquer les risques potentiels encourus

Ainsi, voici le rappel de ce qui est constaté en situation code rouge :

- Risque de feu important
- Risque de chute important
- Risque de contamination alimentaire

¹⁴ CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE, *Au-delà de l'encombrement ou de l'insalubrité morbide, la rencontre d'une personne et les conditions d'interventions*. 2013, p.22.

- Odeurs nauséabondes
- L'entretien des lieux est impossible
- Présence de parasites ou d'insectes rampants dans certains cas
- Menace d'éviction
- Entassement d'objets majeur en amas
- L'hygiène corporelle et vestimentaire est inappropriée de façon continue et il y a possibilité de déchets organiques (urine, selles) qui exigent une révision rigoureuse de L'OEMC (outil d'évaluation multi-clientèle) : le maintien à domicile est généralement compromis à plusieurs niveaux.

L'implication du réseau de soutien

Face à une situation d'insalubrité morbide et d'encombrement, il est très difficile pour l'intervenant, et encore plus pour l'entourage, de comprendre comment une personne peut en venir à vivre ainsi et surtout pourquoi elle ne demande pas d'aide ou ne l'accepte pas. L'heure n'est pas à juger ou à s'insurger. Même s'il peut être fort déstabilisant d'entrer dans un logis où règne le désordre, il faut se montrer rassurant, encourageant et compatissant. Stimuler le réseau sera aidant et s'avèrera gagnant à moyen et à long terme, autant pour l'intervenant que pour l'usager. Attention : l'usager, la plupart du temps, vous dira que sa famille ne peut, pour toutes sortes de raisons, s'impliquer. C'est bien souvent la honte qui amène ces justifications. La famille et le réseau doivent être contactés, avec l'accord de l'usager, afin de construire une relation de confiance, de cibler une meilleure approche, d'avoir une bonne compréhension de la dynamique familiale, de stimuler une augmentation du réseau d'aidants et de soutien afin de viser une autonomie familiale pour une vision à long terme, et ainsi diminuer les risques de rechutes.

Dans certains cas, puisque nous ne pouvons briser la confidentialité en signalant la situation à la municipalité, il est pertinent d'encourager le réseau à le faire de façon anonyme. Il s'agit alors d'un levier d'intervention intéressant qui s'avère la plupart du temps le point de départ à l'amélioration de la situation puisque sinon, le statu quo s'applique au grand désarroi du réseau.

La sollicitation des partenaires

Tout acteur susceptible d'être impliqué dans le cadre de cette problématique doit être considéré comme un partenaire : par ex : le délégué au Curateur Public, les ressources communautaires, les intervenants municipaux, les représentants du Centre Jeunesse etc.

Plus particulièrement, les intervenants de la municipalité sont régulièrement impliqués dans certains de nos suivis de dossier d'accumulation suite à un signalement dans les secteurs suivants:

1. Prévention des incendies
2. Salubrité environnementale

Il importe de convenir avec eux:

- Quelles sont les priorités dans leurs domaines respectifs?
- Quel sont les échéanciers à respecter dans un délai réaliste et dans le respect du rythme de l'utilisateur?
- Quel sera le rôle de chacun?
- Quel sera le rythme des suivis à faire ?

Cela est réalisé:

- Dans le cadre d'une rencontre formelle où tous les acteurs concernés par la situation se regroupent (avec le consentement de l'utilisateur).
- La fréquence de ces rencontres est à la discrétion du groupe et en fonction du besoin de se concerter.

DÉMARCHE D'INTERVENTION

PARTIE 2

La PARTIE 2 a été élaborée dans le cadre du stage de maîtrise en psychoéducation de l'UQTR. Nous tenons à remercier tout particulièrement Vanessa Rodier Bourbeau pour sa contribution au présent guide.



Préambule à la démarche d'intervention

La partie qui suit sera donc consacrée entièrement à la démarche d'intervention appropriée en contexte de trouble d'accumulation. La revue de littérature nous a mené à faire l'usage de 4 types d'approches inter-reliées pour aider l'utilisateur à cheminer dans sa situation. Ces approches vous seront expliquées en détail pour mieux saisir comment les employer de façon complémentaire dans le cadre de vos suivis. Elles vous guideront également dans l'élaboration de votre plan d'intervention.

Le tableau qui suit résume la compréhension du trouble d'accumulation en faisant ressortir les diagnostics, problèmes pouvant être associés au trouble et les approches à considérer pour intervenir adéquatement

Trouble d'accumulation (T.A.)								
Diagnostics associés au T.A.	Démence	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA-H)	Trouble obsessionnel compulsif (T.O.C.)	Trouble de la personnalité (T.P.)	Trouble anxieux	Trouble de santé mentale	Déficience intellectuelle (DI)	Problèmes psychosociaux Ex. alcoolisme, toxicomanie, deuil, perte d'autonomie... OU Mode de vie marginal « hors norme » Ex. itinérants
Approches d'intervention globale a. Approche motivationnelle b. Approche orientée vers les solutions c. Approche de réduction des méfaits								
Approche d'intervention spécifique (selon Dx. secondaire <u>au besoin</u>) d. Approche cognitive-comportementale								

L'APPROCHE GLOBALE¹⁵

L'approche comprend : l'objectif à poursuivre avec l'utilisateur, les préalables, le plan et les attitudes à privilégier de façon générale.

L'objectif : motiver la personne à traiter son problème maintenant. Elle vous dira : « *Je le ferai plus tard, je n'ai pas eu le temps* » ou toutes justifications qui sont des leurres.

Les préalables : patience, temps et considération pour les efforts de la personne.

Le plan :

- a) Déterminer ce que peut faire l'utilisateur par lui-même et l'aide requise ou le support requis.
- b) Guider la personne désignée dans la tâche de désencombrement en lui enseignant à procéder par priorité.
- c) Élaborer une hiérarchie de l'encombrement à éliminer de façon graduelle avec des échéances et une méthode :
 - o organisation de l'encombrement en catégories gérables. L'approche par pièces s'avère gagnante et encourageante pour la personne;
 - o faire le tri entre donner, recycler, ranger, jeter et ne pas permettre à l'utilisateur de juste déplacer les objets;
 - o accompagnement dans le fait de jeter les objets. Cette action devrait être tout de suite après le tri, pour éviter les délais qui peuvent mener à la procrastination;
 - o après chaque séance, les sacs remplis de choses à donner ou jeter doivent sortir du milieu de vie, car la personne aura tendance à reprendre et replacer les objets à leur place.

¹⁵ CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE, *Au-delà de l'encombrement ou de l'insalubrité morbide, la rencontre d'une personne et les conditions d'interventions*, 2013, p.13.

Étant donné que les usagers concernés par cette problématique doivent être abordés de façon particulière, il s'avère pertinent et important de connaître les interventions de base requises en situation d'accumulation et d'insalubrité :

- Contrôler ses propres réactions afin de ne pas de créer d'effet d'insécurité chez l'utilisateur et démontrer de l'assurance face à la situation.
- Axer la rencontre sur l'utilisateur.
- Miser sur une approche relationnelle non-menaçante avec l'utilisateur .
- Démontrer du respect : respecter son rythme et son point de vue, regardez-le dans les yeux et soyez à l'écoute.
- Mettre la personne en confiance pour ainsi établir un lien thérapeutique qui va servir pour les prochaines phases.
- Faire preuve de patience : ce type de problématique requiert une visée à long terme.
- Persévérer dans l'intervention puisque vous aurez à répéter et à renégocier certains éléments.
- En contexte de rechute, il ne faut pas se décourager et reprendre du début. Cette phase est normale et devrait être anticipée.
- Fixer des objectifs réalistes avec l'utilisateur et les réajuster au besoin.
- S'il y a des animaux dans l'environnement : prendre en considération l'attachement de l'animal contribue à la construction du lien de confiance puisqu'il est important pour l'utilisateur.
- Nul n'est tenu à l'impossible. Nous ne sommes pas responsables de la personne, mais avons cependant la responsabilité de l'aider dans la mesure du possible.
- L'intervenant doit veiller à clarifier souvent sa position : « ***Je suis là pour vous aider à trouver les ressources et vous soutenir dans l'atteinte de vos buts*** ».
- Il peut être nécessaire d'encourager l'utilisateur de faire appel à des spécialistes pour évaluer les risques sanitaires dans le logement, notamment pour éviter les risques de contamination.

INTRODUCTION AUX APPROCHES D'INTERVENTION GLOBALES



L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL



L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

DÉFINITION :

L'entretien motivationnel (l'EM) est « une **méthode de communication** directive et **centrée-sur-le-client** utilisée pour **augmenter la motivation** intrinsèque au changement, par l'**exploration** et la **résolution** de l'**ambivalence** » (Rossignol, 2001, p. 18).

C'est une approche relationnelle conçue dans les années 1980 qui a fait ses preuves dans le domaine des addictions.

Depuis ce temps, l'EM a prouvé son efficacité auprès d'individus **qui doivent changer** certaines habitudes de vie or, qui **ne sont pas prêts** à changer, qui sont **réticents** ou **ambivalents** face au changement (Scherrer-Burri, 2012).

Cette approche est utile pour :

- Accompagner un usager dans un processus de changement;
- Renforcer sa motivation VS un objectif spécifique;
- L'aider à préparer et accepter le changement;
- Augmenter son adhérence au suivi;
- Réduire les risques de récurrences;
- Réduire les risques d'issue fatale (Scherrer-Burri, 2012).

Plus précisément, qu'est-ce que l'entretien motivationnel?

C'est un **style de communication**, d'abord et avant tout qui s'exerce autour du changement vs un problème spécifique :

- L'EM mise sur les **ressources**, les **compétences** et **connaissances** de l'usager en honorant et soutenant son autonomie.
- L'EM amène l'usager à **choisir ses propres objectifs et moyens** (responsabilise l'usager en lui remettant le pouvoir décisionnel).
- L'EM guide l'usager vers le changement. Lorsque ce dernier s'en dit prêt, il y a élaboration d'un **plan d'action** précis à l'aide d'objectifs, de moyens et d'échéances réalistes et réalisables (Deappen & Fortini, 2011).

4 GRANDS PRINCIPES DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL :

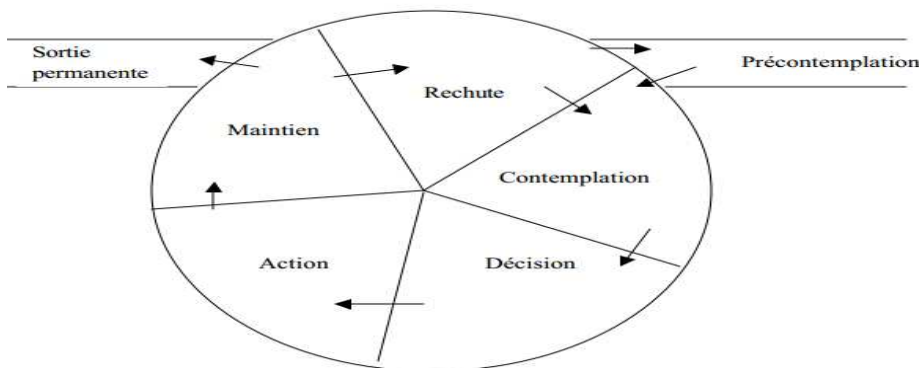
PRINCIPES	TÂCHES DE L'INTERVENANT
1) Exprimer de l'empathie	
<ul style="list-style-type: none"> ○ L'empathie prédispose l'utilisateur à l'ouverture et au dévoilement de soi; ses craintes, ses aspirations, ses valeurs profondes, etc. ○ Effort de comprendre la perspective du client « à travers ses lunettes ». ○ Partir du point de vue du client (de ses croyances, perceptions, etc.). ○ Suivre son rythme (Mailloux, 2011) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Explorez la situation de l'utilisateur ainsi que ses perceptions. ○ Écoutez-le attentivement et accueillez-le inconditionnellement dans sa différence. ○ Comprenez sa réalité sans le culpabiliser, le blâmer, le juger, le critiquer, etc. (Mailloux, 2011).
2) Rouler avec les résistances	
<ul style="list-style-type: none"> ○ La résistance = un signe, un avertissement indiquant que l'intervenant utilise une stratégie qui ne correspond pas au stade de changement où se situe l'utilisateur. ○ L'EM ne résiste pas à la résistance; évitez les débats! ○ L'utilisateur = un allié et non un adversaire (Levasseur et Lebocey, 2005). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Face à la résistance, faites des suggestions à l'utilisateur en l'invitant à réfléchir à de nouveaux points de vue. ○ Évitez l'argumentation et la justification ○ Évitez de prendre partie pour le changement puisque cela incite l'utilisateur à adopter une position « d'autodéfense » où il tentera de vous convaincre des avantages du statu quo (Miller et Rollnick, 2006).
3) Créer la dissonance cognitive	
<ul style="list-style-type: none"> ○ La dissonance cognitive permet à l'utilisateur d'effectuer de nouvelles réflexions quant à sa présente réalité et aux diverses alternatives envisageables (Miller et Rollnick, 2006). ○ Le but = sensibiliser/responsabiliser l'utilisateur quant aux inconvénients du statu quo (Levasseur et Lebocey, 2005). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Comment? En mettant en évidence les divergences (les contradictions) avec tact, douceur et empathie. ○ Or, la confrontation directe = à proscrire; provoque de l'agressivité + émotions négatives. ○ Ainsi, relevez dans la façon qu'à l'utilisateur de percevoir sa réalité les divergences entre ses comportements actuels et ses valeurs, croyances, buts, objectifs, etc.
4) Soutenir l'auto-efficacité	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Objectif = renforcer la confiance de l'utilisateur en ses capacités à affronter et surmonter les épreuves. ○ Absence de confiance chez l'utilisateur = absence de changement. ○ Or, ultimement, l'utilisateur = le seul responsable de ses choix ainsi que la mise en application ou non de divers changements (Miller et Rollnick, 2006). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ « Croyez en l'utilisateur »; le fait de croire en l'utilisateur lui transmet une attitude positive qui lui permet de croire en lui-même. ○ Créez une histoire de succès; petits objectifs à la hauteur des capacités de l'utilisateur afin d'éviter « l'échec » (approche à petits pas). ○ Encouragez l'utilisateur et félicitez-le tout au long du suivi. ○ Renforcez ses réussites aussi « minimales » soient-elles (Levasseur et Lebocey, 2005).

LES STADES DE MOTIVATION/CHANGEMENT:

STADE	Tâches de l'intervenant
1. Précontemplation	
<ul style="list-style-type: none"> ○ L'utilisateur ne considère pas avoir un problème d'accumulation. ○ Il accepte votre présence en raison de « contraintes externes » (familiales, professionnelles, juridiques, etc.). ○ Lorsque vous abordez le problème d'accumulation l'utilisateur se montre davantage surpris que choqué; d'autres peuvent avoir constaté le problème mais pas lui. ○ L'utilisateur juge que les avantages à maintenir ses comportements surplombent les avantages à les modifier. ○ Motivation = extrinsèque (pression « extérieure »). ○ C'est à ce stade qu'il y a le plus d'abandons donc la création d'une alliance thérapeutique + lien de confiance = primordial! (Centre Dollard-Cormier, 2009). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Conscientisez l'utilisateur quant aux risques encourus ainsi que les problèmes que lui occasionnent ses comportements. ○ « Semez le doute » (Rossignol, 2001).
2. Contemplation	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Correspond à la grande ambivalence que vit l'utilisateur. ○ L'utilisateur perçoit « un peu plus » ses difficultés donc il est plus réceptif à vouloir modifier ses habitudes. ○ Or, l'utilisateur craint d'échouer ou de faire de mauvais choix. ○ L'utilisateur oscille entre la verbalisation de ses inquiétudes et les raisons pour ne pas s'inquiéter (Centre Dollard-Cormier, 2009). 	<p>Discutez des avantages et des désavantages d'un changement ainsi que des avantages et des désavantages du statu quo (utilisez la balance décisionnelle) (Centre Dollard-Cormier, 2009).</p>
3. Préparation/décision	
<ul style="list-style-type: none"> ○ L'utilisateur se retrouve dans cette phase lorsqu'il vit un événement marquant ou lorsqu'il y a accumulation de divers événements engendrant diverses conséquences. ○ L'utilisateur décide de modifier certains comportements. Or, cette décision peut être temporaire. ○ Attention : à cette étape, l'utilisateur peut basculer, à tout moment, au stade de la contemplation (Boulangier, 2011). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Réduisez la peur reliée à l'échec en travaillant avec les forces de l'utilisateur afin de renforcer son désir d'engager certains changements. ○ Aidez l'utilisateur à déterminer les « petits pas », les actions qu'il veut entreprendre. ○ Le plan d'action doit être réaliste et réalisable. ○ Informez l'entourage (avec accord de l'utilisateur) des intentions/procédures de changement. <p>Orientez l'utilisateur vers des ressources externes au besoin (ex. Aide de la COOP pour entretien ménager) (Centre Dollard-Cormier, 2009).</p>
4. Action	
<ul style="list-style-type: none"> ○ L'utilisateur a réalisé que les avantages à modifier ses comportements sont beaucoup plus élevés que les avantages à conserver ses anciennes habitudes. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aidez l'utilisateur à effectuer ses premiers pas (l'assister/accompagner au besoin). ○ Les solutions mises en place doivent provenir de l'utilisateur (autant que possible) et être adaptées en

<ul style="list-style-type: none"> ○ Changement effectif du comportement (Centre Dollard-Cormier, 2009). 	<p>fonction de ses forces et limites.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Veillez à voir comment est-il possible de pallier aux limites de l'utilisateur à l'aide de diverses ressources, au besoin. Ex. Lorsque le réseau de soutien est inexistant, très limité ou épuisé (Centre Dollard-Cormier, 2009).
5. Maintien	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Période suivant l'arrêt d'un comportement où l'utilisateur tente de résister, pendant plusieurs mois, aux diverses tentations de retour au comportement « problématique » (Rossignol, 2001). ○ L'utilisateur est conscient des changements réalisés et peut se référer à ses réussites antérieures afin de poursuivre dans cette lancée (nouvelle source de motivation) (Centre Dollard-Cormier, 2009). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aider le client à identifier et mettre en pratique des stratégies de prévention de la rechute (à la lumière de sa situation) (Rossignol, 2001). <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Répétez les situations suscitant habituellement des comportements d'accumulation et comment y pallier (techniques de coping/adaptation envisagées). ○ Identifiez les endroits à éviter (ex. vente de garage, Estrie Aide, etc.). ○ Identifiez les individus qui peuvent aider. ○ Identifiez les habitudes à maintenir (ex. un objet qui entre dans l'environnement de vie = un objet qui sort; échange) (Centre Dollard-Cormier, 2009).
La rechute	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Il est tout à fait normal qu'un usager « rechute »; il faut s'y attendre! ○ Il est fréquent qu'un individu doive s'y prendre à plusieurs reprises avant de sortir de façon permanente de la roue de changement. Gardez espoir! ○ La rechute ne constitue pas un manque de volonté. ○ En présence d'une rechute, l'utilisateur revient soit à l'étape de la Précontemplation ou de la Contemplation (Rossignol, 2001). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aidez l'utilisateur à entamer de nouveau les étapes précédentes tout en l'encourageant à se remémorer ses succès passés. ○ Tous les succès sont bons aussi minimes soient-ils; demeurez-y attentif! (Rossignol, 2001).

La roue du changement



Il est à noter que les individus ne traversent pas ces stades de façon uniforme et systématique.

De plus, une même personne peut se retrouver simultanément à divers stades de changement (ex. prêt à désencombrer les aires de circulation mais pas sa chambre).

QU'EST-CE QUE LE DISCOURS-CHANGEMENT?

Ce sont les **propos** de l'usager en **faveur du changement**.

Exemples :

1. Le désir de changer (je veux, j'aimerais, j'espère, etc.)
 2. Les raisons de changer (parce que...)
 3. Le besoin de changer (il faut que, je dois...)
 4. La capacité à le faire (je peux...)
- (Deappen & Fortini, 2011).

Le discours-changement **reflète** une certaine **résolution de l'ambivalence** par :

1. L'activation (préparation à, prêt à...)
 2. L'engagement (l'intention de, la décision de...)
 3. Les premiers pas (la mise en action)
- (Deappen & Fortini, 2011).

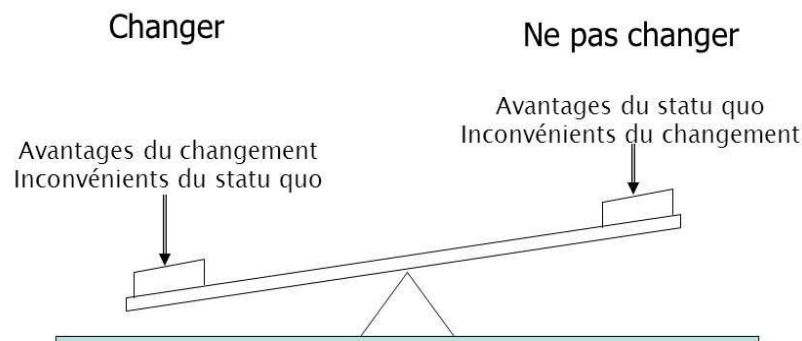
L'EM **répond au discours-changement** à l'aide des **stratégies** suivantes :

1. Demande d'élaboration;
 2. Valorisation (renforcement);
 3. Reflet;
 4. Résumé
- (Deappen & Fortini, 2011).

COMMENT SUSCITER LE DISCOURS-CHANGEMENT?

Techniques générales ((Deappen & Fortini, 2011).

1. Posez des questions portant sur **la motivation** des usagers :
Ex. Qu'est-ce qui vous inciterait à changer?
2. Explorez la **balance décisionnelle**, les "pour et contre" du statu quo et du changement.
L'intervenant demande à l'usager de partager son dilemme, son ambivalence. Ainsi exprimé, nous avons accès à celui-ci et pouvons utiliser le reflet sélectif pour faire ressortir le discours-changement de l'usager.



3. Demandez à l'utilisateur d'**élaborer** sur sa **situation** et ses **questionnements**.
4. Demandez à l'utilisateur ce **qui pourrait arriver de pire** s'il poursuivait ses comportements d'accumulation.
5. Demandez à l'utilisateur de **regarder dans le passé** (quels progrès a-t-il fait, quels changements a-t-il effectué, etc.).
6. Demandez à l'utilisateur de se **projeter dans le futur** (dans un mois, six mois, un, deux ou cinq ans comment veut-il que sa vie soit?).
7. Explorez avec l'utilisateur, ses **croyances**, ses **valeurs** fondamentales et ses **objectifs de vie** afin de l'amener à voir comment son comportement entre en conflit avec ceux-ci

** Pour des **techniques spécifiques pour susciter le discours-changement**

(Voir les techniques Ou. V. E. R à l'annexe III) **

PARTICULARITÉS DU TROUBLE D'ACCUMULATION ET LE MANQUE « D'INSIGHT »

(Frost, Tolin, & Maltby, 2010).

3 sous-catégories d'insight :

1. **L'anosognosie** : manque de prise de conscience VS problème ou ses conséquences
2. **Les idées surévaluées** : croyances fixes et rigides
3. **La défensive** : déni et arguments pour résister à l'influence d'autrui

À l'aide des techniques d'entretien motivationnel...

1. Comment intervenir face à l'anosognosie?

- a) Amener l'utilisateur à définir le problème **tel qu'il le perçoit**.
- b) Mettre en évidence **les écarts** entre la situation actuelle et la situation désirée.

Exemple :

Intervenant (I) : Merci de me recevoir chez vous M. Martineau. Dites-moi ce que vous comprenez de ma présence ici aujourd'hui?

Usager (U) : Ils vous ont envoyé ici pour que je ne sois pas expulsé de mon logement. Vous n'avez pas à être ici. Vous êtes ici uniquement pour qu'ils ne m'expulsent pas. Ils ne m'ont même pas promis que je ne sois pas expulsé si vous venez. Ils m'ont simplement dit que vous devez absolument venir me voir sinon ils vont m'expulser.

I : Cela doit être très difficile pour vous que je vienne vous rencontrer pour éviter l'éviction. Comment vivez-vous le risque d'expulsion? Cela doit être déplaisant...

U : Déplaisant n'est pas le mot! Vous autres, vous êtes simplement horribles!

I : Je suis désolé! Effectivement ça semble difficile. Quelle est la partie la plus difficile pour vous?

U : **L'attitude jugeante du propriétaire du logement et de la ville. Ils n'ont aucun droit de me dire comment vivre. C'est ma vie, je peux la vivre comme je l'entends.**

I : Vous avez l'impression qu'ils envahissent votre vie privée et que ceci n'est pas correct.

U : **Oui, c'est exact. Ils devraient simplement me laisser tranquille. J'ai travaillé durement toute ma vie. Je paie mon logement. Je suis une bonne personne et ils me traitent comme un criminel.**

I : Pour quelles raisons croyez-vous qu'ils font ça?

U : **Ils ne m'aiment pas. Mon propriétaire tente de se défaire de moi depuis le début. Il a tenté de le faire par le passé.**

I : Votre propriétaire ne vous aime pas et c'est sa façon de se défaire de vous. Est-ce pareil pour les travailleurs de la ville?

U : **Je ne sais pas, mais ils agissent comme si je suis un criminel. Ils ne connaissent rien à mon sujet... tout ce qu'ils font c'est me juger. Ce sont eux les criminels ce sont eux qui m'enlèvent mes droits.**

I : Ils ne vous traitent pas avec le respect que vous méritez et cela vous met en colère.

U : **Oui, c'est exact. Ils me traitent comme un enfant.**

I : Qu'est-ce que vous croyez qui puisse faire en sorte qu'ils cessent de vous traiter ainsi?

U : **Si mon propriétaire laisse tomber la demande d'éviction, ensuite tout va disparaître.**

I : Et si tout disparaît, est-ce que les choses vont revenir à la normale?

U : **Oui. Je pourrais vivre ma vie. Je dû mettre des objets de côté pour faire face à la situation. Cela fut une distraction inutile.**

I : Et si le propriétaire ne laisse pas tomber la demande d'éviction...

U : **Je ne sais pas...**

I : De ce que je comprends, il me semble peu probable que votre propriétaire laisse tomber la demande d'éviction, n'est-ce pas?

U : **Oui, en effet!**

Réflexion...

Dans cet exemple...

- Ni le désordre, ni l'accumulation n'est abordé.
- Pourquoi? Parce que l'usager ne reconnaît pas ces éléments comme étant problématiques.
- Selon l'usager : le problème ce sont les comportements du propriétaire et de « la ville » à son égard.
- Les questions de l'intervenant ont pour but d'identifier les perceptions de l'usager + le résultat souhaité.
- _____

- L'intervenant tente de soulever l'écart entre la situation actuelle et la situation désirée aux yeux de l'utilisateur.
- L'utilisateur vit difficilement le risque d'éviction (situation actuelle) et voudrait que cela disparaisse (situation désirée).
- À la fin de l'exemple, l'intervenant laisse l'utilisateur constater cette différence sans offrir de solution; constater et vivre cet écart équivaut à augmenter les chances que l'utilisateur agisse de manière à le réduire.
- Dans la présente situation, proposer de se départir de certaines possessions = risquer d'être considéré, à son tour, comme un ennemi (puisque c'est ce que demande le propriétaire et la ville).
- Ainsi, l'utilisateur doit parvenir à proposer les solutions par lui-même.

Que faire lorsqu'il n'y a aucune contrainte externe pour susciter un changement?

Ex. Usager = propriétaire, usager = ami du propriétaire, aucune plainte à la ville, etc.

- Mettre emphase sur l'impossibilité d'utiliser certains espaces de vie tel qu'apprécié par le passé. Identifier les activités que l'utilisateur aimait réaliser (ex. cuisiner) et qui ne sont plus possible d'exercer en raison de l'encombrement du milieu de vie.
- L'identification des « troubles fonctionnels » doit toutefois être réalisée avec tact, douceur et empathie. L'intervenant doit conduire l'utilisateur à découvrir ces « troubles fonctionnels » par lui-même.
- Finalement, il est pertinent de recentrer l'utilisateur sur ses valeurs fondamentales en décrivant les comportements nécessaires pour lui permettre de vivre selon ses valeurs.
- Le retour aux valeurs fondamentales met plus aisément en évidence l'écart entre là où se situe l'utilisateur (situation actuelle) et là où il désire éventuellement être (situation désirée).

2. Comment intervenir face aux idées surévaluées?

- Bien que certains usagers reconnaissent le problème d'accumulation ainsi que ses conséquences (absence d'anosognosie), certains d'entre eux surévaluent toutefois la valeur de leurs possessions et ainsi, sont incapables de s'en départir.
- Il est donc question d'idées surévaluées.
- Ce faisant, après de certains usagers, l'objectif sera de changer leurs croyances ainsi que leur attachement aux possessions.
- Comment? Plutôt que de demander à l'utilisateur de se départir de certaines possessions pour diminuer l'encombrement du milieu de vie, il s'agit de demander à l'utilisateur de se départir de certaines possessions pour « tester/mettre à l'épreuve » certaines de leurs croyances.
- **Les croyances équivalent à des hypothèses à « tester ».** C'est la manière la plus aidante d'aborder l'individu présentant un trouble d'accumulation.

Exemple :

I : Combien de cadres avez vous présentement Mme Samson?

U : Je n'en sais rien. Probablement plusieurs douzaines.

I : En avez-vous acheté dans les 2 dernières semaines?

U : Oui, j'en ai acheté plusieurs. Je ne les ai pas payés cher et ils sont de bonne qualité. Je suis toujours attentive aux soldes.

I : Combien de cadres avez-vous utilisé pour les peintures que vous réalisez?

U : **Aucun jusqu'à présent. Mais je serai prête lorsque je terminerai une peinture. Je n'ai simplement pas eu le temps de peindre beaucoup jusqu'à présent.**

I : Combien de peintures avez-vous terminées dans la dernière année?

U : **Aucune. Mais j'ai un objectif en tête et j'ai toujours de nouvelles idées. J'ai seulement besoin de temps. Tout est prêt.**

I : Est-ce que les choses seraient différentes si vous ne seriez pas prête? Par exemple, qu'arriverait-il si vous vous départissiez de ce cadre?

U : **Je ne l'aurais pas lorsque j'en aurais de besoin.**

I : Et qu'est-ce qui serait si négatif à ce sujet?

U : **Je ne serais pas capable de terminer ma peinture.**

I : Voulez-vous plutôt dire que vous ne seriez pas capable de peindre?

U : **Je ne me sentirais tout simplement pas prête. J'aime être prête et avoir tout ce dont j'ai besoin avant de commencer à peindre. Si je n'ai pas tout ce dont j'ai besoin je suis incapable de commencer à peindre.**

I : Et si vous ne pouviez pas peindre, qu'est-ce qui serait si négatif?

U : **J'imagine que cela signifierait que je ne suis pas réellement une artiste.**

I : Si vous ne seriez pas une artiste, que seriez-vous?

U : **J'imagine que je ne saurais pas ce que je suis. Cela serait terrible. J'aurais le sentiment d'être un échec.**

I : Je comprends. Alors, si vous vous départissiez de ce cadre, vous ne vous sentiriez pas comme une artiste mais plutôt comme un échec?

U : **Oui. Je suis vraiment ou plutôt, j'aimerais vraiment être une artiste peintre. Ce serait comme si j'abandonnerais tout.**

I : Si je comprends bien, vous départir de ce cadre vous donnerait l'impression de laisser tomber votre rêve de devenir une artiste peintre? Est-ce juste?

U : **Oui c'est exact. Je ne veux pas laisser tomber mon rêve.**

I : À quel point vous sentiriez-vous mal si vous laissiez tomber ce rêve?

U : **Ceci a été mon ambition dans la vie. Alors je me sentirais très mal... Probablement un 10 sur 10.**

I : Et si vous vous départissiez de ce cadre et que vous vous sentiez réellement comme vous le décrivez, combien de temps croyez-vous que ce sentiment durerait?

U : **J'ai voulu être une artiste toute ma vie. Je ne peux pas croire que je me sentirais bien.**

I : Voyons voir si je comprends bien votre pensée au sujet de ce cadre. Si vous aviez à le vendre ou le donner, vous vous sentiriez comme si vous abandonnez votre rêve de devenir une artiste peintre. Ce que vous ressentiriez serait terrible (au dessus de 10) et vous vous sentiriez ainsi pendant longtemps. Est-ce à peu près juste?

U : **Oui, c'est ça!**

I : À quel point êtes vous certaine que le fait de vous départir de ce cadre signifie que vous laissez tomber votre rêve?

U : **Bien... amasser des cadres est la seule chose que j'ai réalisé qui fait réellement « avancer mes peintures ». Si je me débarrasse d'eux, cela signifie que je n'ai rien fait pour faire avancer ma peinture. Je me sentirais comme si j'avais tout laissé tomber.**

I : Seriez-vous prête à faire une expérimentation pour voir si vos prédictions sont exactes?

U : **Je ne sais pas... cela semble trop difficile. Je ne crois pas que je pourrais le supporter.**

I : Si vous continuez de la même manière que vous l'avez fait dans les 40 dernières années, combien de temps croyez-vous que cela vous prendra pour réaliser une peinture?

U : **Je ne crois pas que j'arriverai à en compléter une. Je n'ai jamais été plus loin que la collecte de cadres et fournitures diverses.**

I : Si l'expérience vous fait réaliser que vous ne vous sentez pas si mal après vous être départie de ce cadre est-ce que cela changerait les choses pour vous?

U : **Je suppose que c'est possible, oui.**

Réflexion...

Que remarquez-vous?

- L'intervenant ne confronte pas Mme Samson; il pose les questions de manière à ce qu'elle apporte les réponses et qu'elle découvre par elle-même « ce qui cloche ». Ex. elle accumule +++ mais ne réalise pas de peinture.
- En tout temps, l'intervenant explore les perceptions de Mme Samson. Cela lui donne accès à ses croyances, buts, aspirations, etc. Ultimement, cela le conduit à proposer une expérimentation à la lumière de ce que l'usagère vit; elle se sent écoutée, respectée et comprise.
- L'intervenant n'offre aucune solution au problème; cela doit émaner de l'usagère.

Que faire lorsque Mme Samson aura réalisé l'expérience?

- **Si les prédictions ne se réalisent pas** : ce résultat peut conduire à d'autres prédictions sur ce qu'elle a accumulé au fil des ans.
- **Si ses prédictions se réalisent** : l'intervenant peut utiliser la situation à titre d'occasion de réaliser de la **restructuration cognitive** pour modifier ses interprétations ainsi que d'explorer la capacité de Mme Samson à faire face aux sentiments négatifs (approche cognitive-comportementale à venir).
- Cela pourrait, entre autres, mener à d'autres hypothèses telles que ce qui pourrait faire en sorte que Mme Samson se sente davantage comme une artiste.
- **Autre alternative** : l'intervenant pourrait organiser une session de peinture d'une heure qui ne serait pas accompagnée de tous les accessoires jugés nécessaires par Mme Samson pour se sentir comme une artiste. L'idée est encore une fois de mettre ses croyances à l'épreuve (croyance : si je n'ai pas tout ce dont j'ai besoin je ne peux pas peindre).

3. Comment intervenir face à la défensive?

- Laissez clairement savoir à l'utilisateur qu'il prendra toutes les décisions en ce qui attrait à quoi conserver et quoi jeter/recycler/donner.
- Rassurez-le en lui mentionnant que vous ne toucherez à aucune de ses possessions sans sa permission.
- Laissez-lui savoir que le but est de créer des espaces de vie sécuritaires et utilisables; l'utilisateur choisira de se départir du « **strict minimum** » (réduction des méfaits à venir) pour rendre le milieu de vie « acceptable ».
- Expliquez à l'utilisateur que votre rôle est de l'aider à examiner son attachement aux possessions et comment il peut gérer cela plus aisément.
- Les techniques impliquent de poser des questions de clarification, réaliser des expérimentations et faire en sorte que les habitudes de vie respectent les valeurs, les buts et les objectifs de l'utilisateur.

L'APPROCHE ORIENTÉE VERS LES SOLUTIONS



L'APPROCHE ORIENTÉE VERS LES SOLUTIONS

DÉFINITION :

Cette approche se base sur les compétences de l'utilisateur en mettant emphase sur ses forces et réussites passées plutôt que sur ses « défaillances » et problèmes antérieurs. Ainsi, l'approche orientée sur les solutions (AOS) s'attarde au potentiel de l'utilisateur et à sa visualisation du futur. Le suivi est réalisé à partir de la compréhension qu'à l'utilisateur de la situation, à partir de ses préoccupations ainsi qu'il désire voir changer. (Centre Psycho Solutions, 2005)

Que fait l'approche orientée vers les solutions (AOS)

- L'approche ne nie pas les problèmes, elle recherche et crée des possibilités (solutions).
 - Orientée tant vers le présent que le futur.
 - Met emphase sur ce qui fonctionne.
 - S'intéresse aux changements que subit le problème.
- (Centre Psycho Solutions, 2005)

Réussite approximative d'une « thérapie » / suivi appartiens à :

65%*	L'utilisateur (soutien, réseau, événements extérieurs, motivation, implication, etc.)
25%	Lien thérapeutique (alliance, confiance)
10%	Techniques d'intervention employées (Or, il doit y avoir congruence entre les croyances de l'intervenant et les techniques employées)

***Le travail de l'intervenant implique donc de renforcer ce 65% qui appartient au client.**
(Centre Psycho Solutions, 2005)

Les postulats de base :

1. Il existe plusieurs façons de percevoir une situation/un problème.
 2. Aucun problème n'est présent en tout temps avec une même intensité.
 3. Pour un résultat différent, un changement = inévitable et nécessaire.
 4. Seulement 1 petit changement est requis.
 5. Les usagers ont les forces + ressources pour engager ce changement.
 6. Si quelque chose fonctionne il faut continuer et en faire plus.
 7. Si quelque chose ne fonctionne pas, ne vous acharnez pas, tentez autre chose.
 8. Si ce n'est pas « cassé », ne réparez pas; intervenez selon les objectifs de l'utilisateur.
- (Centre Psycho Solutions, 2005)

L'ABC de l'alliance thérapeutique

A. Adoptez le point de vue de l'utilisateur

- Soyez empathiques, respectueux et demeurez authentiques.
- Reconnaissez ce que fait souffrir l'utilisateur ainsi que ses efforts pour régler la situation,
- Acceptez l'utilisateur inconditionnellement, et ce, tel qu'il est.
- Acceptez sa vision de la situation; travaillez à partir de celle-ci.
- Respectez ses valeurs et tenez compte de ses croyances.
- Faites ressortir les forces de l'utilisateur et mettez-les à contribution.
- Adoptez les objectifs de l'utilisateur (ses buts).
- Complimentez l'utilisateur et remarquez ce qui lui tient à cœur ex. objets significatifs, photos, collection, animal de compagnie, etc.

B. Parlez le langage de l'utilisateur

- Écoutez l'utilisateur attentivement afin de tenter de comprendre son expérience.
- Amenez l'utilisateur à préciser ses dires ainsi que sa pensée; ne prenez rien pour acquis.
- Réutilisez les expressions de l'utilisateur, son vocabulaire, ses métaphores, etc.
- Évitez la confrontation! Amenez plutôt l'utilisateur à se « confronter » à lui-même.

C. Identifiez la position de l'utilisateur face au problème

- Identifiez si l'utilisateur est « client », « plaignant » ou « visiteur ».
 - Ajustez-vous à l'utilisateur en fonction de ses buts, objectifs et des solutions qu'il propose.
 - Agissez avec humilité; la position basse est fréquemment nécessaire.
- (CSSS du Sud de Lanaudière, 2009)

Tableau d'identification du type d'utilisateur :
Le client, le plaignant et le visiteur
 (Centre Psycho Solutions, 2005)

Le « client »	Le « plaignant »	Le « visiteur »
<ul style="list-style-type: none"> ○ Est conscient du problème. ○ Veut de l'aide. ○ Prêt à se remettre en question. ○ Prêt à faire les choses différemment (tenter). ○ Est engagé dans la recherche de solutions. ○ Fait preuve d'initiative. ○ Situation problématique = relativement nouvelle. ○ Collaboration usager-intervenant. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ L'utilisateur souffre réellement. ○ Ses émotions sont si prenantes que cela « bloque » toute autre perspective. ○ Il se sent « victime » d'une pression externe. ○ L'utilisateur est convaincu que le changement soit se faire par quelqu'un d'autre (changement externe). ○ Il ne voit pas en quoi il prend part dans le problème. ○ Il ne voit pas les solutions. ○ Il vit des pertes. ○ Il peut avoir une idée de ce qu'il désire mais est grandement ambivalent; pas encore prêt pour l'action. ○ Voit constamment des obstacles au changement. ○ Mise en échec des interventions/solutions (temporaire). ○ Réponse devant les propositions : « oui mais... » 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ne ressent pas de malaise. ○ Motivation extrinsèque (accepte votre présence en raison d'une pression externe). ○ Se dit « obligé » de vous rencontrer. ○ Nie avoir un problème. ○ Minimise la situation. ○ Ni les effets (conséquences) ou les banalise. ○ L'utilisateur ne veut pas de changement; a beaucoup de gains dans la situation actuelle. ○ Présence d'ambivalence puisque habitué de vivre ainsi. <p>Commentaire typique : « Vous voyez des problèmes partout! »</p>
Tâches de l'intervenant		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Adoptez la position de l'utilisateur. ○ Explorez et validez : <ul style="list-style-type: none"> ● Ce qu'il vit. ● Ses convictions. ● Ses perspectives. ○ Utilisez le langage de l'utilisateur. ○ Aidez-le à identifier et préciser son objectif. ○ Aidez-le à planifier et organiser ses propres solutions. ○ Planifiez les étapes à franchir. ○ Renforcez les « petits pas ». ○ Renforcez les succès. <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcez ses compétences. ○ Planifiez le maintien. ○ Planifiez un plan en cas de rechute. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ L'utilisateur n'est pas prêt à s'engager dans le changement; respectez cela. ○ D'abord et avant tout, il doit se sentir compris; que vous comprenez à quel point il souffre. <ul style="list-style-type: none"> ● Parlez-moi de votre souffrance... ● Parlez-moi de vos valeurs, de vos croyances... ● Parlez-moi de l'écart entre vos valeurs et croyances ainsi que la présente réalité... ● Parlez-moi avec votre cœur... ○ Acceptez les émotions de l'utilisateur; ne tentez pas de le convaincre, de le raisonner ou de le confronter autrement il croit que vous ne comprenez pas réellement sa souffrance. ○ Accepter la vision qu'à l'utilisateur de sa situation. ○ Donnez-lui le droit de souffrir et de ne pas passer à l'action. <ul style="list-style-type: none"> ● Sur une échelle de 1 à 10 où se situe votre niveau de souffrance? ● À quel niveau de souffrance seriez-vous prêt à essayer quelque chose? ● Explorez la balance décisionnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Adoptez une position basse. ○ Remerciez l'utilisateur de vous recevoir. ○ Montrez-vous intéressé à ce qu'il dit. ○ Ajustez-vous à ce qui le motive; <ul style="list-style-type: none"> ● Qu'est-ce qui vous motiverait? ○ Accordez-lui le droit de ne pas ressentir de malaise. <ul style="list-style-type: none"> ● Explorer : qu'est-ce qui pourrait arriver de pire? ● Quels pourraient être les impacts les plus négatifs? ● Trouvez un objectif qui conviendrait à l'utilisateur; oubliez le mandat initial (temporairement). ● Semez le doute ● Donnez de l'information sur les risques.

Position de l'utilisateur VS le problème

	Conscience d'un besoin ou d'une souffrance (malaise) (CSSS du Sud de Lanaudière, 2009)	Action (espoir) (CSSS du Sud de Lanaudière, 2009)	Stade de motivation /changement (CSSS du Sud de Lanaudière, 2009)	Tâche de l'utilisateur (devoir entre les VAD) (Centre Psycho Solutions, 2005)
« Client » Tâches	OUI	OUI	3-4-5	Tâche d'action OU Tâche d'observation* liée à l'action
« Plaignant »	OUI Mais croit qu'il n'est pas responsable. Le responsable = extérieur à lui; il souffre de quelque chose.	NON	2	Tâches d'observation et non tâches d'action
« Visiteur »	NON Ne se sent pas concerné	NON	1	Aucune tâche

*Tâche d'observation : Au cours de la prochaine semaine, observez « x-y-z »... Nous y reviendrons lors de la prochaine VAD.

Les stratégies adaptatives

Chaque usager à sa propre manière de s'adapter aux contraintes de la vie quotidienne.

Certains vont :

- A. FONCER :
 - Parler, s'exprimer, poser des gestes, se mettre en action, etc.
- B. FIGER :
 - Prendre du recul, prendre le temps de réfléchir, d'analyser, etc.
- C. FUIR :
 - Ignorance intentionnelle, éviter la situation problématique, etc.
- Il est loin d'être « gagnant » de toujours demeurer dans la « même case » de stratégie adaptative.
- Explorez quelles sont les stratégies adaptatives les plus usuelles de l'utilisateur.
- Proposez-lui d'expérimenter « une autre case » de stratégie adaptative; planifiez cette expérimentation.

Les questions orientées vers les solutions

À utiliser	À éviter
COMMENT (processus)	POURQUOI
QUAND (quand le problème sera réglé...)	SI
Le ICI et MAINTENANT	(CSSS du Sud de Lanaudière, 2009)

Le parcours vers les solutions en 3 étapes (Centre Psycho Solutions, 2005)

ÉTAPE 1 :

- Créez l’alliance thérapeutique
- Semez l’espoir
- Déterminez si l’usager est « client », « plaignant » ou « visiteur »
- Déterminez le stade de motivation au changement

ÉTAPE 2 :

- Clarifiez les buts à l’aide de :
 - La description « vidéo » du problème
 - Questions miracles
 - Questions relationnelles
 - *Voir exemples de ces techniques spécifiques à l’annexe IV*

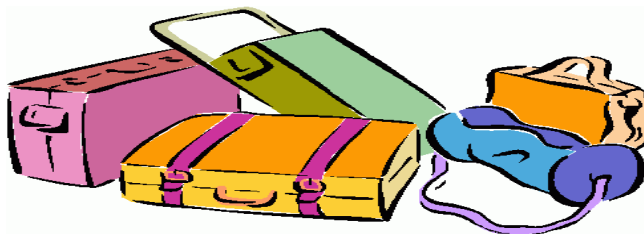
ÉTAPE 3 :

- Mobilisez le changement à l’aide de :
 - *La recherche d’exceptions (Annexe IV).*
 - *Questions d’échelles (voir section sur les « petits pas » - Annexe IV)*
 - *L’identification et transfert des connaissances (Annexe IV).*

Notez bien : Les techniques mentionnées dans la présente partie ainsi que d’autres techniques d’intervention pour faire face à des comportements spécifiques chez l’usager vous sont présentées à l’annexe IV. Les questions proposées à chacune des étapes ne doivent pas nécessairement être suivies à la lettre. Adaptez-vous au rythme de l’usager, à ses capacités ainsi que son niveau de motivation. Les questions doivent l’aider à progresser dans sa compréhension de la situation qui pose problème ainsi que la recherche de solutions envisageables.

Fin de l'intervention et prévention de la rechute

**Construire
le bagage
d'acquis.**



Questions à poser :

1. Quels ont été tous les petits pas qui vous ont permis d'attendre l'objectif « X »?
2. Comment avez-vous fait pour y parvenir?
3. Qu'est-ce que ces petits pas vous ont permis de découvrir à votre sujet?
4. Quelles sont vos forces/compétences les plus précieuses?
5. Y a-t-il des compétences que vous aimeriez approfondir ou développer?

À bâtir avec l'utilisateur (Selon ce qui le définit)

Prédire les indicateurs de rechute	Les processus	Les moyens	Mes récompenses
<ul style="list-style-type: none"> ○ Quels sont les risques? ○ Quels sont les scénarios de rechute? ○ Quels sont les indicateurs de rechute? <p>*IMPORTANT : Normalisez la rechute! Il y aura des hauts et des bas*</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Comment l'utilisateur affronte-t-il les obstacles de la vie quotidienne? ○ Quelles sont ses techniques adaptatives? ○ Quelles techniques sont à éviter? ○ Quelles techniques sont à privilégier? <p>*IMPORTANT : bâtir un « mode d'emploi » face aux problèmes les plus « courant » ainsi que les problèmes en général.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Outils que préfère l'utilisateur. ○ Moyens ayant porté fruit. ○ Ressources externes; ex. famille, organismes divers, etc. ○ Au besoin, prescrire des moyens préventifs. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Il est important que l'utilisateur prenne soin de lui et sache se récompenser. ○ Quelles sont les « récompenses » qu'il apprécie? ○ Comment peut-il prendre soin de lui?

La réduction des méfaits



L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

DÉFINITION :

C'est « une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage des psychotropes (**ou d'autres comportements à risque**), à ce que les principaux intéressés puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements pour eux-mêmes, leur entourage et la société, aux plans sanitaire, économique et social. » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, p. 13).

Pourquoi cette approche est-elle sensée auprès des personnes qui accumulent compulsivement?

1. Les comportements d'accumulation présentent des risques importants pour la santé et la sécurité de l'individu qui accumule compulsivement ainsi que pour les membres de sa famille et la communauté environnante.
2. Plusieurs individus qui accumulent refusent l'aide en lien avec le problème.
3. Mettre trop d'emphase sur la thérapie/le traitement de la problématique ou sur le fait de devoir se départir de certaines possessions peut empirer la situation.
4. Dans la plupart des cas, intervenir dans ce type de contexte est un « trop grand problème » à régler pour une seule personne (nécessite une équipe multidisciplinaire) (Tompkins, 2011).

Sur quoi cette approche met-elle emphase dans un tel contexte d'intervention?

L'approche de réduction des méfaits (RM) met **UNIQUEMENT** emphase **sur ce dont l'utilisateur doit se départir, sans plus**, afin qu'il puisse demeurer à domicile en toute sécurité.

Le but de l'approche de RM implique de **négoier et de renégocier des petits pas** vers la gestion de l'encombrement dans le milieu de vie, toujours en ayant pour objectif de **minimiser les risques** (Tompkins, 2011).

Modèle de RM en 5 étapes

Pour les individus qui accumulent compulsivement.
(Tompkins, 2011).

1.

Engager l'utilisateur dans l'approche de RM.

L'approche de RM enlève l'accent mis sur le fait de devoir se départir d'une multitude de possessions. Ce faisant, les individus qui accumulent compulsivement sont fréquemment plus ouverts à cette option de traitement. Cependant, ils sont fréquemment sceptiques et méfiants.

Comment?

L'approche de RM arrive à engager l'utilisateur et ses proches dans le suivi à l'aide des techniques d'entretien motivationnel (EM). Lors de cette première étape il importe pour l'intervenant d'apprendre aux membres de la famille (ou tout individu significatif) comment pratiquer l'EM les uns avec les autres.

Pourquoi?

Après plusieurs années à avoir tenté d'aider l'individu qui accumule compulsivement, plusieurs membres de la famille en viennent à ne plus l'écouter ou à ne plus écouter les autres membres de la famille. Ainsi, ils ont parfois plutôt recours aux menaces, argumentent et se disputent avec la personne qui accumule ce qui conduit à une détresse grandissante chez l'utilisateur tout en amplifiant la distance interpersonnelle.

2.

Évaluer le niveau de dangerosité

Comment?... Par le biais de VAD où 3 facteurs sont particulièrement importants :

- 1) **L'environnement** – Les conditions de vie, le niveau d'encombrement et d'insalubrité, le cas échéant (Code (J)aune, (O)range ou (R)ouge).
- 2) **L'utilisateur** – Sa motivation (stade) afin de réduire les sources de risque/danger en lien avec les comportements d'accumulation, les problèmes médicaux, la santé mentale, les déplacements (mobilité vs risque de chute), risque de feu, de contamination alimentaire, de contamination de l'air, etc.
- 3) **Le support (soutien)** – Y a-t-il des membres de la famille qui vivent avec l'utilisateur?, y a-t-il des individus qui le visitent (qui? fréquence?), quels services sont présentement mis en place?, l'utilisateur passe-t-il du temps à l'extérieur du milieu de vie avec des amis, de la famille, un proche aidant, etc.

3.

Construire l'équipe de RM

L'équipe se compose de ...

L'intervenant au dossier, l'utilisateur, les membres de sa famille, les amis, les proches (bref, tout individu qui s'avère significatif aux yeux de l'utilisateur), et toute autre partie prenante dont ex. l'infirmier qui offre des soins à domicile, la COOP lorsque l'aide ménagère est offerte, la municipalité lorsque le milieu de vie fut signalé (prévention des incendies et salubrité environnementale), etc. **ATTENTION** : la composition de l'équipe de RM doit toujours être négociée avec l'utilisateur (surtout au niveau des membres de la famille, amis et proches).

Qu'est-ce qui importe à cette étape?

Afin que l'équipe de RM soit efficace, il importe de préciser les rôles de tous et chacun en lien avec les objectifs du plan d'action qui seront convenus en groupe. Il importe aussi de s'entendre sur l'approche que tous doivent adopter avec l'utilisateur afin de travailler « dans la même veine ».

4.

Créer le plan de RM

Comment?

Se veut un travail d'équipe où les objectifs et moyens sont déterminés. **Attention** : intervenez à partir d'une hiérarchie d'objectifs qui sont **PRORITAIRES** et **RÉALISTES** pour l'utilisateur, plutôt que prôner des changements radicaux ou irréalistes comme un milieu de vie parfaitement rangé, propre et exempt d'objets accumulés.

Le plan contient :

- La fréquence des VAD;
- La fréquence des rencontres d'équipe;
- Le rôle de chacun des membres de l'équipe;
- Les pièces qui devront être désencombrées et maintenues ainsi;
- La manière dont les possessions font leur entrée dans le milieu de vie (ce que les membres de l'équipe tentent de faire cesser ou limiter);
- Les problèmes de santé mentale qui peuvent faire en sorte que les comportements d'accumulation prennent de l'ampleur; le plan peut ainsi inclure une référence pour un suivi de médication (ou demande d'évaluation).
- Le plan de RM se finalise par la réalisation d'une entente (sous forme de contrat /plan d'action) avec l'utilisateur.
- Ce qui concerne l'utilisateur est mis sur papier, daté et signé lorsque présenté à ce dernier suite à l'obtention de son consentement libre et éclairé. **Voir en annexe IV**

5.

Réaliser/mettre en place le plan de RM

Quelle est la priorité?

- La priorité no. 1 demeure toujours **LA SÉCURITÉ** de l'utilisateur à domicile!
- Le confort est la priorité no. 2 (secondaire).

Ce qui importe à cette étape :

- Travaillez constamment avec l'utilisateur afin qu'il accepte l'aide et ne cesse de l'accepter au fil du temps.
- Adaptez vos interventions en fonction de son niveau de motivation (voir approche motivationnelle).

Voir à l'annexe V :

- Exemple de canevas de plan de RM

Deux types de suivis :

- 1) Les suivis de type « **intérêt privé** ».
- 2) Les suivis de type « **intérêt public** ».

1) Intérêt privé :

- Lorsque les autorités gouvernementales ne sont pas impliquées.
- Habituellement, les suivis de type « privé » ne sont pas (pas encore) des situations d'une extrême urgence.
- Toutefois, ces situations comportent tout de même d'importants risques et sont, bien souvent, très près de la « crise ».

2) Intérêt public :

- Les autorités sont impliquées et l'individu fait face à un risque d'éviction, le risque de se voir enlever la garde d'un enfant, d'un adulte dépendant ou toute autre conséquence impliquant que les choses ne puissent se poursuivre comme avant.

Voir exemples suivants pour illustrer les 2 types de suivis :

Suivis « PRIVÉ » versus « PUBLIC »
2 exemples suivant les 5 étapes du modèle de RM
Exemples inspirés de Tompkins, 2011.

1) SUIVI D'INTÉRÊT PRIVÉ

Usagère : Gloria, 67 ans. Demeure à domicile (propriétaire).

Demande de suivi: À la demande de ses enfants : Stéphane qui vit dans la même ville que sa mère, Rebecca et Danielle qui vivent à l'extérieur de la ville.

Première rencontre :

Sont présents : les 3 enfants seulement.

On apprend que :

- Leur mère a toujours accumulé des choses. Principalement des coupures de journaux, des revues ainsi que des livres de recettes.
- Leur mère avait réussi à « contenir » le problème jusqu'à ce que leur père décède et que Rebecca et Danielle quittent la ville. À partir de ce moment, les comportements d'accumulation sont devenus « incontrôlables ».

Situation actuelle :

- Gloria se déplace de pièce en pièce sur une masse inégale de journaux, livres et de sacs en papier.
- Elle ne peut utiliser la cuisinière puisqu'elle est couverte de papiers divers.
- Elle mange tous ses repas à l'extérieur de la maison et rapporte fréquemment des plats à moitié mangés dans des contenants en styromousse qui s'accumulent dans le milieu de vie.

Deuxième rencontre :

Nous tentons de rejoindre Gloria afin de lui proposer une rencontre conjointe avec ses 3 enfants.

Elle REFUSE CATÉGORIQUEMENT!

Que faire?

- Réaliser la rencontre avec les enfants.
- Entamer le processus d'engagement dans le plan de RM avec eux.

Ce qui est fréquemment observé :

- Les enfants ont bien souvent des relations différentes les uns des autres avec le parent qui accumule compulsivement.
- Il y a bien souvent un enfant qui désire aider/s'impliquer « plus qu'un autre ».

Lors de ces rencontres on apprend que...

- Danielle a quitté le nid familial avant que les comportements d'accumulation prennent de l'ampleur.
- Rebecca nourrit une grande colère et beaucoup de ressentiment envers sa mère. Elle ne l'a pas vu et ne lui a pas parlé depuis les 7 dernières années.
- Stéphane admet qu'il est beaucoup plus sensé pour lui d'aider sa mère puisqu'il habite la même ville que celle-ci et que c'est lui qui a la « meilleure » relation avec elle.
- Stéphane admet aussi, avec émotion, qu'il craignait que ses sœurs fassent pression sur lui afin qu'il « prenne Gloria chez lui ».

Entente avec les enfants :

- Au cours de ces rencontres, un « plan d'engagement » fut réalisé avec les enfants de manière à ce qu'ils se réconcilient les uns avec les autres et qu'ils se réconcilient avec leur mère (générer plus de confiance et de sollicitude les uns envers les autres).

Actions pour rallier la famille :

- **Rebecca** : elle était la plus timide mais elle a accepté de tendre de « petites perches » à sa mère. Elle a convenu d'appeler sa mère et de laisser des messages s'informant de comment elle va et l'informant des choses positives qui se passent dans sa vie personnelle. **Comment la préparer à ces contacts téléphoniques?**
 - L'informer du fait qu'il est probable que sa mère ne décroche pas le téléphone et ne retourne pas ses appels immédiatement.
 - Important : AUCUNE MENTION du PROBLÈME D'ACCUMULATION.
 - Faire preuve de patience et de compréhension. Garder espoir.
 - Effectivement, après un certains temps, Gloria a commencé à répondre aux appels de sa fille Rebecca et elles ont eu de plaisantes conversations tout en évitant de discuter de la problématique d'accumulation.
- **Danielle** : elle a aussi commencé à communiquer avec sa mère par téléphone procédant de la même manière que sa sœur Rebecca.
- **Stéphane** : Il a commencé à rendre plus fréquemment visite à sa mère. Lors des visites, tous deux libéraient un espace sur le divan afin qu'ils puissent s'y installer pour discuter. Après plusieurs visites, Stéphane a réalisé que le divan était fréquemment libre à son arrivée.

Après quelques semaines...

- Les enfants constatent que leur mère semble « moins déprimée » et que leurs conversations sont moins tendues.

OPPORTUNITÉ À SAISIR :

- Lorsque cette constatation est réalisée (Gloria = moins déprimée, moins tendue), il est intéressant de saisir cette opportunité et de demander à l'enfant qui voit le plus fréquemment le parent qui accumule (ou qui est le plus fréquemment en lien avec celui-ci) de lui demander si une VAD conjointe (parent-enfant(s)-intervenant) serait possible afin de discuter de comment nous pourrions l'aider à vivre un peu plus confortablement.

- Il importe de mettre emphase sur **1) LA SÉCURITÉ** et **2) LE CONFORT** à domicile plutôt que sur le fait de devoir se départir de diverses possessions.
- Gloria a accepté cette VAD conjointe.

Lorsque Gloria accepte le suivi de RM...

- Négocier avec elle qui prendra part dans l'équipe de RM et quels seront leurs rôles.
 - Gloria était réticente à accepter Rebecca dans l'équipe de RM. Il fut alors convenu qu'à ce moment, le rôle de Rebecca serait limité à fournir un soutien financier.
 - Stéphane aiderait dans la maison à actualiser le plan de RM.
 - Danielle visiterait sa mère tous les 3 mois et paierait un individu pour aider Gloria et Stéphane à mettre en place le plan de RM.
 - Gloria a demandé à une amie de prendre part dans l'équipe ainsi que certains membres de l'église qu'elle fréquente.

Exploration du niveau de dangerosité – ENVIRONNEMENT – PERSONNE - SOUTIEN :

1) Environnement :

- **La cuisine (risque de feu).** Gloria accepte de conserver ses documents à un minimum de 12 pouces de la cuisinière et de la désencombrer afin qu'elle puisse cuisiner. Elle accepte aussi de désencombrer l'évier afin qu'elle puisse laver la vaisselle.
- **Escalier donnant accès au 2^e étage où se situe sa chambre (risque de chute).** Gloria accepte de garder l'escalier donnant accès au 2^e étage de la maison libre de tout objet.
- **Entée primaire et secondaire (compromet l'évacuation d'urgence).** Gloria accepte de désencombrer les zones autour de la porte d'entrée primaire et secondaire afin qu'elles puissent s'ouvrir entièrement sans obstacle.

2) Personne :

- Gloria admet se sentir **très déprimée** et accepte que l'intervenant contacte son médecin de famille pour discuter d'une médication.
- Elle accepte aussi, lors de ce même rendez-vous, de réaliser divers examens fin d'écarter d'autres conditions médicales, y compris la démence.

3) Soutien :

- Gloria a la chance d'avoir **un bon réseau de soutien** ce qui est loin d'être présent dans la majorité des cas.
- Gloria accepte le soutien de plusieurs amis. Leurs rôles son clarifiés.

Évolution de la situation de Gloria :

- Appels fréquents de Rebecca et Danielle qui renforcent les efforts et les progrès de leur mère.
- Désencombrement des zones en lien avec le plan de RM (plan d'action).
- Gloria a accepté que Stéphane réalise ses courses afin de limiter ses achats au nécessaire.
- Gloria a accepté de limiter ses abonnements à diverses revues et journaux et de retirer son nom de d'autres listes de courrier indésirable. Cela a considérablement réduit le flux de papier ayant accès à son milieu de vie.

- Gloria peut désormais utiliser un four à micro-ondes pour préparer des repas simples. Or, elle mange toujours à l'extérieur sur une base quotidienne.
- Gloria a permis à Stéphanie, sur une base hebdomadaire, de jeter les contenants en styromousse provenant de divers restaurants.
- Gloria a accepté, si possible, qu'une fois par semaine Stéphane lui apporte un repas à la maison. Il le met dans une belle assiette ou bol et prend le contenant en styromousse (ou tout autre contenant) avec lui lorsqu'il quitte.

Le plan étant en place... (stable au fil du temps et compris de tous)

- Les VAD réalisées par l'intervenant ainsi que les rencontres d'équipe peuvent être espacées.
- Un suivi assidu est réalisé auprès des individus aidant Gloria à divers niveaux.
- Des rencontres sont réalisées au besoin pour réajuster le plan de RM.
- Le suivi est réalisé sur 1-2 ans (long terme).
- Il y aura des rechutes. Des réajustements devront être réalisés. Demeurez positifs et ne perdez pas espoir.
- Ce type de changement de mode de vie prend place sur du long terme et sera, fréquemment, empreint de rechutes et de réajustements à divers niveaux.
- Demeurez aux aguets et sachez vous faire disponible tant pour l'usager que les individus dont se composent l'équipe de RM.

2) SUIVI D'INTÉRÊT PUBLIC

Usagère : Alice, 70 ans. Demeure à domicile (propriétaire).

Demande de suivi : Nous sommes avisés par la ville d'un signalement en lien avec l'accumulation importante de divers objets dans un logement rendant les lieux particulièrement à risque pour la personne âgée qui y vit.

La famille : les enfants d'Alice, Gilles et Julie, communiquent avec l'intervenant en panique. Leur mère vit dans un appartement où la toilette est inutilisable tout comme la douche. Gilles et Julie ont récemment appris que leur mère a la gale et qu'elle ne s'est pas lavée depuis, au minimum, 6 mois.

Gilles et Julie ne vivent pas dans la même ville que leur mère. Ils voyaient leur mère chaque année lors de la période des fêtes or, jamais dans le milieu de vie de leur mère. Gilles et Julie étaient au fait du problème d'accumulation de leur mère. Toutefois, ils n'avaient pas réalisé que la situation s'était autant détériorée.

Première rencontre :

- Alice a accepté de rencontrer l'intervenant à domicile.
- Or, elle a refusé que l'inspecteur de la ville soit présent.
- Sa fille lui a rappelé que l'inspecteur de la ville est celui qui donnera son avis à savoir si elle peut demeurer à domicile ou non. Alice a finalement accepté sa présence.

Lors de cette première rencontre :

- Le souhait d’Alice fut validé afin d’assurer son souhait premier de vivre de façon autonome en assurant son MAD.
- L’intervenant a rappelé à tous et chacun que l’élément le plus important, dans le moment, est la sécurité d’Alice dans son milieu de vie. L’intervenant a laissé savoir que c’est aussi le souci premier de l’inspecteur de la ville.

OPPORTUNITÉ à SAISIR :

- Ce moment fut idéal pour présenter l’approche de RM à Alice (approche préalablement présentée à ses enfants et inspecteur de la ville).
- Alice a accepté le suivi à contrecœur. De plus, elle avait beaucoup de questions et d’inquiétudes quant à la manière de procéder avec l’approche de RM.
- Il importait alors pour l’intervenant de répondre à ses questions et de la rassurer quant au fait qu’elle devra se départir uniquement du « strict minimum » afin d’assurer sa santé et sécurité à domicile.
- Il n’est point question d’une approche drastique de type « container » où tout est jeté et désencombré.

Deuxième rencontre :**Débuter le processus de sélection des membres de l’équipe de RM.**

- Alice voulait limiter l’équipe de RM à ses deux enfants.
- Toutefois, elle avait de grands besoins auxquels les 2 enfants ne pouvaient répondre entièrement.
- Alice croisait les bras en insistant qu’elle peut gérer la situation par elle-même.
- L’intervenant lui a gentiment rappelé que si elle n’accepte pas un minimum d’aide extérieure, elle risque d’être expulsée de sa maison et de devoir s’installer dans un nouvel environnement de vie.
- Suite à cette intervention, Alice a accepté d’inclure dans l’équipe un individu qui viendrait l’aider à procéder au tri et au classement de ses effets personnels sur une base hebdomadaire.

Troisième rencontre :**Exploration du niveau de dangerosité – ENVIRONNEMENT – PERSONNE - SOUTIEN :**

VAD : Intervenant + inspecteur de la ville.

Environnement :

- La situation était grave. La maison était délabrée et nécessitait non seulement un désencombrement mais aussi d’importantes réparations au niveau de la salle de bains et de la cuisine.

Personne :

- Alice a subi un AVC il y a quelques années et cela a affecté sa mobilité au niveau de sa démarche ainsi que son équilibre.
- Alice utilise un déambulateur pour se déplacer hors de la maison. Toutefois, elle ne peut l’utiliser à l’intérieur de son milieu de vie puisque les aires de circulation sont trop encombrées.

- De plus, Alice a une maladie cardiaque qui implique qu'elle doit prendre une médication quotidiennement. L'encombrement du milieu de vie fait parfois en sorte qu'elle ne trouve pas sa médication et ainsi, peut être quelques jours sans la prendre.
- Finalement, Alice a des cataractes qui limitent sa vision.

Soutien :

- Principale source de soutien = ses 2 enfants.
- Gilles et Julie ont accepté de visiter leur mère tous les deux mois avec leurs conjoint(e)s (les conjoint(e)s ont une bonne relation avec Alice).

Quatrième rencontre :

Élaboration du plan de RM (plan d'action)

- Avec l'accord d'Alice, l'équipe a décidé de se concentrer sur la salle de bains ainsi que la cuisine (désencombrement + réparations nécessaires).
- De petits paniers furent installés au dos de la porte d'entrée principale afin d'y mettre ses médicaments d'ordonnance, porte monnaie, chéquier et autres possessions importantes.
- Alice a accepté de porter son téléphone cellulaire sur un collier à son cou afin qu'elle puisse demander de l'aide rapidement en cas d'urgence médicale.
- Des lumières sur rail furent installées afin d'augmenter la luminosité dans la maison et ainsi faciliter la visibilité.

Évolution de la situation d'Alice...

- Gilles, Julie et leurs conjoint(e)s ont réalisé la majorité du travail afin d'aider Alice à désencombrer + réparer les pièces ciblées par le plan d'action (cuisine + salle de bains).
- Après que l'équipe ait atteint les objectifs du plan de RM (plan d'action), Alice a encore ré-encombré ces 2 pièces.
- Or, au fil du temps, elle est devenue plus ouverte quant à l'aide offerte.
- De plus, elle est plus ouverte quant au désencombrement et y parvient plus rapidement tout en vivant moins de détresse lors des périodes de tri (à jeter – à recycler – à donner – à conserver).

Suivi du plan de RM (plan d'action) :

Selon la situation d'Alice...

- Le plan de RM (plan d'action) sera appelé à être modifié au cours de l'année à venir puisque sa situation cardiaque s'aggrave créant ainsi de nouvelles difficultés/incapacités.
- Or, Alice se montre plus ouverte à renégocier le plan de RM (plan d'action) considérant qu'elle désire par-dessus tout demeurer à domicile.

En résumé...

- 1) On ne peut « déraciner » tous les individus qui accumulent compulsivement de leur milieu de vie d'où l'importance de **la négociation** avec ceux-ci.
- 2) L'utilisateur **ne doit pas** obligatoirement **adopter un mode de vie parfaitement sanitaire** afin d'y vivre en santé et sécurité.
- 3) L'approche de RM **mise uniquement sur ce sur quoi il importe d'agir** (les priorités) au niveau de la santé/sécurité de l'utilisateur dans son milieu de vie, et ce, **SANS PLUS!**
- 4) **L'intervenant** a une **obligation de moyens** et non de résultats!

**Chaque situation est unique d'où l'importance
d'une bonne évaluation des priorités!**

Dans certains cas, la priorité peut être...

Risque de feu :

- Dégager les calorifères, les systèmes de chauffage, les systèmes d'aération, etc.
- Dégager la cuisinière (ou toute source de chaleur).

Risque de chute :

- Dégager les aires de circulation principales.
- S'assurer d'avoir un endroit accessible où dormir.

Hygiène compromise:

- Dégager l'évier de la cuisine afin de pouvoir y laver la vaisselle.
- Rendre la salle de bains fonctionnelle et utilisable (bain + évier).

Risque de contamination alimentaire :

- Se départir des aliments périmés.
- Ou, à l'inverse, risque de dénutrition au sujet duquel il importe d'intervenir.

Évacuation d'urgence :

- S'assurer de dégager l'entrée principale et toute autre entrée secondaire afin que ces portes puissent s'ouvrir pleinement et sans obstacle.

Autre...

- Les parasites de toutes sortes (mulots, souris, rats, punaises de lit, insectes volants, etc.) nécessitant l'intervention d'un exterminateur, dans certains cas.
- Les animaux et leurs excréments, des déchets organiques (nécessite une opération nettoyage et désinfecter).

À cela pourrait s'ajouter **certaines exigences de la municipalité** lorsqu'impliqués dans le suivi (**prévention des incendies et salubrité environnementale**) :

- Il importe alors de convenir avec eux quelles sont les priorités dans leurs domaines.
- Quels sont les échéanciers à respecter dans un délai réaliste et respectable pour l'utilisateur.
- L'approche d'intervention commune à adopter avec l'utilisateur en fonction de ses particularités.

Introduction à une approche d'intervention spécifique :

L'approche cognitive-comportementale (TCC) adaptée



Qu'est-ce que le modèle cognitif-comportemental du trouble d'accumulation nous apprend?

Selon ce modèle, l'accumulation compulsive est vue comme un problème à multiples facettes qui résulte d'un problème de traitement de l'information, d'un attachement extrême aux possessions, de croyances erronées au sujet de la nature des possessions ainsi que des comportements d'évitement (Frost & Hartl, 1996).

D'abord, la difficulté de prise de décision renvoie à l'indécision, au perfectionnisme, à la tendance à éviter et reporter la prise de décision. Ces manifestations comportementales peuvent résulter de la peur de commettre une erreur. Ainsi, tout conserver peut être une manière d'éviter la prise de décision risquant de mener à une erreur au niveau du choix réalisé. Il est possible de croire, selon ce modèle, que l'utilisateur qui ne parvient pas à se départir de ses possessions puisqu'il surestime la valeur des objets en question. La valeur accordée à l'objet peut être d'ordre instrumental (j'en aurai peut-être besoin dans le futur) ou d'ordre sentimental (attachement émotionnel où l'objet peut être une extension de soi). Ainsi, la décision de conserver un objet peut être basée sur un jugement erroné quant à la probabilité d'une future utilisation. De plus, une croyance fréquemment rencontrée chez ces usagers est celle où l'individu croit qu'il est possible qu'une possession gagne en valeur au fil du temps. Ainsi, ils ne sont pas prêts à s'en départir pour cette raison. À cela s'ajoute parfois une perception de responsabilité exagérée envers les possessions où les usagers en viennent à craindre de ne pas avoir la possession lorsque nécessaire et craignent les préjudices/dommages pouvant être causés aux possessions. Chaque possession est perçue comme étant unique donc, irremplaçable. Lorsque l'utilisateur se voit contraint de décider s'il doit se départir ou non d'une possession, ce qui occupe majoritairement son esprit est l'idée de devoir vivre sans cette possession, et ce, au détriment des conséquences liées au fait de la conserver ou aux avantages de s'en départir. Ainsi, ce qui domine est le sentiment de manque en lien avec le fait d'avoir besoin d'un certain objet et de ne pas l'avoir en sa possession. Cela dit, conserver une quantité inhabituelle d'objets divers peut, à notre avis, sembler illogique. Or, cela permet à l'utilisateur d'éviter le sentiment de privation ou l'expérience de la perte (Frost & Hartl, 1996).

Ensuite, en ce qui concerne la difficulté de catégorisation et d'organisation des possessions, tel que mentionné précédemment, chaque possession est considérée comme étant unique et appartenant à sa propre catégorie (un objet = une catégorie). Puisque chaque possession est unique, l'utilisateur arrive difficilement à les organiser, les regrouper et les catégoriser. Les possessions se retrouvent donc en amas dans le milieu de vie. Cela dit, l'encombrement ne reflète pas un manque de catégories pour organiser les possessions, mais plutôt un trop grand nombre de catégories de classement. Ainsi, avant de se départir d'une possession, l'utilisateur doit en évaluer l'entièreté des attributs. Lorsque l'utilisateur ne sait que faire d'une possession après l'avoir « examinée », la possession est redéposée dans un amas existant ce qui contribue à maintenir l'encombrement du milieu de vie (Frost & Hartl, 1996).

Finalement, en ce qui concerne les difficultés en lien avec la mémoire ce modèle relève deux éléments soit un manque de confiance chez l'utilisateur en sa mémoire ainsi qu'une surestimation de l'importance de se souvenir de l'information. Ainsi, une croyance erronée au sujet des possessions est fréquemment observée soit la croyance que si une possession n'est pas conservée « à la vue » elle sera oubliée. De ce fait, les systèmes de classement des possessions suscitent parfois, chez l'utilisateur, le sentiment d'avoir perdu plusieurs possessions puisqu'elles ne sont plus « à la vue » (Frost & Hartl, 1996).

Qu'est-ce que l'approche cognitive comportementale?

L'approche cognitive-comportementale (TCC) considère que les difficultés psychologiques de la personne sont liées à des pensées et croyances erronées qui engendrent, à leur tour, des comportements problématiques ou indésirables au quotidien. Le but de l'approche est d'aider la personne à prendre conscience de ses pensées et croyances et de l'influence de celles-ci sur ses émotions et comportements. Peu à peu, la personne apprend à modifier ses pensées, à adopter d'autres comportements, ce qui devrait avoir un impact positif au niveau émotif. L'adoption d'une telle approche s'avère pertinente particulièrement dans les problématiques suivantes: la dépression, les troubles anxieux comme les phobies, les attaques de panique, l'état de stress post-traumatique, l'anxiété généralisée, etc. Considérant que les problématiques suivantes sont fréquemment observées chez les personnes qui présentent une problématique d'accumulation, il

importe de tenir compte de cette approche en ce qui attrait à la planification ainsi que l'organisation de nos interventions auprès de la clientèle (Turner, Steketee & Nauth, 2010).

Pourquoi la mention "adaptée"?

L'approche cognitive comportementale traditionnelle a prouvé son efficacité auprès de maintes clientèles afin d'aider les personnes à comprendre leurs difficultés et à y pallier. Toutefois, ce n'est pas le cas auprès d'une clientèle gériatrique. Une des raisons pour laquelle la thérapie cognitive comportementale traditionnelle est probablement moins efficace auprès des personnes âgées qui présentent une problématique d'accumulation repose sur le fait que ceux-ci sont plus susceptibles d'avoir des déficits cognitifs qui nuisent à leur capacité à s'engager ou à répondre adéquatement au traitement traditionnel. À cet effet, il est prouvé que les déficits au niveau des fonctions exécutives prédisent une pauvre réponse à un tel traitement. Malheureusement, il s'avère que les individus qui vivent avec une problématique d'accumulation présentent fréquemment des déficits au niveau cognitif (Ayers, Wetherell, Golshan & Saxena, 2011). Ainsi, il importe d'adapter l'approche traditionnelle afin qu'elle puisse être utilisée auprès de la clientèle âgée. Des chercheurs se sont intéressés à la manière d'adapter cette approche.

Comment adapter l'approche cognitive-comportementale pour une clientèle âgée qui présente une problématique d'accumulation?

1. Réalisez des rencontres plus fréquentes or, plus courtes en termes de durée considérant que les personnes âgées tendent à s'épuiser plus rapidement.
2. Réduisez le nombre d'éléments « problématiques » abordés par rencontre (1-2 éléments tout au plus).
3. Utilisez la répétition à maintes reprises en ce qui concerne les éléments clés abordés.
4. Suscitez la rétroaction chez l'utilisateur afin de vérifier sa compréhension de ce qui est abordé ainsi que de maximiser sa participation aux rencontres.
5. Utilisez un langage accessible en tout temps (diminuez l'utilisation du « jargon » propre à l'approche cognitive comportementale; ex. mentionner le terme cognitions plutôt qu'employer le terme pensées).

6. Accordez davantage d'importance à une revue appropriée de l'histoire de vie de l'utilisateur plutôt que de miser uniquement sur le « ici et maintenant » tel que le préconise l'approche traditionnelle (Frost & Hartl, 1996).

7. Mettez l'accent sur la réalisation de tâches spécifiques à même les rencontres et entre chacune des visites à domicile, et ce, au détriment de la reconstruction cognitive (Ayers, Wetherell, Golshan & Saxena, 2011; Frost & Hartl, 1996; Turner, Steketee & Nault, 2010).

7.1 Les rencontres et tâches spécifiques doivent se concentrer sur les techniques de tri (à jeter, à recycler, à donner et à conserver), l'organisation et la catégorisation. Plus l'utilisateur développe des capacités de résolution de problèmes et de prise de décision, plus celui-ci parvient à reconnaître l'abondance de certains types de possessions et est plus enclin à s'en départir (Turner, Steketee & Nault, 2010).

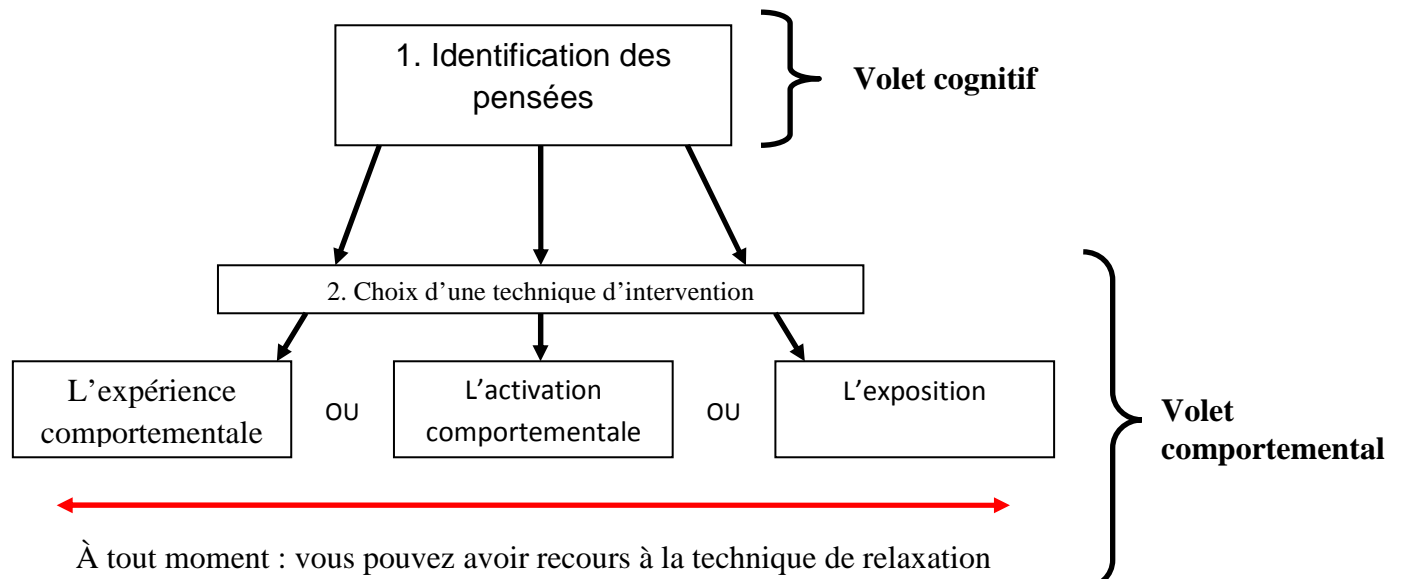
7.2 Les tâches (devoirs) à réaliser doivent être « déconstruites » en une série d'étapes simples afin d'éviter que l'utilisateur ait le sentiment d'être submergé par une tâche trop difficile à accomplir. Cette série d'étapes simples afin de parvenir au but visé est mise sur papier.

8. Il est important d'amener l'utilisateur à se poser des questions telles que: "À quand remonte la dernière fois que j'ai utilisé cette possession?" "Est-ce que j'en ai vraiment besoin?"

9. Les repères visuels ainsi que la prise de note quant aux éléments clés à se remémorer (ex. mettre sur papier les questions présentées au #8) facilitent la rétention de l'information considérant que la mémoire à court terme est parfois affectée (Frost & Hartl, 1996).

10. De plus, considérant la tendance au perfectionnisme qui interfère avec l'accomplissement des tâches ainsi que les difficultés d'organisation et de catégorisation qui amènent l'utilisateur à vouloir trouver « le bon endroit/emplacement » pour chaque objet, les stratégies cognitives (techniques cognitives et comportementales) qui vous seront présentées dans les sections sont à prioriser (Frost & Hartl, 1996, Turner, Steketee & Nault, 2010).

Techniques de base de la TCC adaptée



L'identification des pensées

Il existe différents niveaux de cognitions/pensées:

- 1) Les croyances (schémas cognitif) de l'utilisateur
 - 2) Les distorsions cognitives
 - 3) Les pensées automatiques
- (Joanisse, n.d.)

Qu'est-ce qu'une croyance (un schéma cognitif)?

Le concept de *schéma cognitif*, principalement introduit par Beck, désigne les croyances (connaissances) de base qui constituent la **compréhension qu'a une personne d'elle-même, du monde (des autres) et du futur**. Ces croyances s'élaborent à partir des expériences vécues au cours de la vie, celles de l'enfance étant particulièrement marquantes. Ainsi, la personne adhère à une thèse ou des hypothèses et les considère comme étant des vérités, et ce, indépendamment des éléments de réalité confirmant ou infirmant cette thèse ou ces hypothèses (Psychomédia, 2006).

Exemples de schémas cognitifs:

"Le monde est peu sécuritaire"

"Je ne peux me débrouiller seul"

"Mon univers est hors de mon contrôle"

"Les gens ne sont pas dignes de confiance"

(Psychomédia, 2007)

Quelle vision l'utilisateur a-t-il de lui-même? Des autres? Du futur?

Visions	Descriptions	Types de pensées automatiques reliées
Vision négative de soi	<ul style="list-style-type: none">• Exigences élevées envers soi• Autocritique• Sur-responsabilité (se blâmer)• Négliger ses forces• Exagérer ses faiblesses• Minimiser les résultats positifs• S'étiqueter• Se définir par nos actions/résultats	<ul style="list-style-type: none">• Je dois faire les choses parfaitement/Il faut...• C'est de ma faute si je n'ai pas réussi• Je suis nulle• Elle est juste gentille (quand l'autre donne un compliment)
Vision négative des autres (du monde)	<ul style="list-style-type: none">• Lire les pensées des autres et s'imaginer des perceptions négatives• Tendance à blâmer les autres• Tendance à anticiper des réactions négatives de l'autre	<ul style="list-style-type: none">• Il est sans cœur• Ils sont tous incompetents• Elle ne m'aime pas• Elle va m'abandonner

Vision négative du futur	<ul style="list-style-type: none"> • Tendance à anticiper le pire • Surestimer la probabilité d'événements négatifs dans le futur • Utilisation de termes absolus (jamais, toujours, aucun) 	<ul style="list-style-type: none"> • Si j'échoue, ça va être la pire chose de ma vie • Je ne serais jamais capable de m'en remettre • Je vais tomber malade ou je vais avoir un accident • Je ne serai jamais heureux
---------------------------------	--	---

(Joanisse, n.d.)

Qu'est-ce qu'une distorsion cognitive?

Le terme *distorsion cognitive* a été défini par le psychologue américain Aaron Beck (1967). Le terme distorsion cognitive réfère aux façons de traiter l'information qui résultent en erreurs de pensée prévisibles. Les distorsions cognitives ont souvent pour conséquence d'entretenir des pensées et des émotions négatives contribuant ainsi au maintien de diverses problématiques. La prise de conscience de ces distorsions et leur rectification occupe une partie importante de l'approche cognitive-comportementale (TCC adaptée ou non) (Psychomédia, 2013).

Types de distorsions cognitives

(À relever dans le discours de l'utilisateur)

La pensée "tout ou rien"	<p>Penser de façon dichotomique (polarisée): Tout ou rien, noir ou blanc, jamais ou toujours, bon ou mauvais... quand cela ne correspond pas à la réalité.</p> <p>Exemple: L'utilisateur se perçoit comme étant un raté ou un bon à rien suite à une période de tri moins productive que celle réalisée la journée précédente.</p>
L'inférence arbitraire	<p>Tirer des conclusions hâtives (habituellement négatives) à partir de peu d'évidence.</p> <p>Conclure hâtivement qu'une personne a une perception négative de vous avant de connaître tous les faits.</p> <p>Exemple: La première fois que l'utilisateur reçoit l'intervenant dans son milieu de vie, il se dit que ce dernier doit penser qu'il est un "mal propre" ou que de dernier veut le placer en résidence pour personnes âgées.</p>

<p>La surgénéralisation</p>	<p>Tirer une conclusion générale sur la base d'un seul (ou de quelques) incident(s).</p> <p>Exemple: Lors du premier exercice de tri, l'utilisateur pleure sans cesse et n'arrive pas à se départir d'aucune de ses possessions. Il vit cela comme un échec et croit que ce cela se reproduira constamment.</p>
<p>L'abstraction sélective</p>	<p>Ne porter attention qu'aux détails négatifs en excluant les détails positifs.</p> <p>Exemple: L'intervenant félicite l'utilisateur pour le travail de désencombrement réalisé depuis la dernière VAD. L'utilisateur mentionne alors tout ce qu'il n'a pas fait et miser sur cela plutôt que ce qui fut réalisé.</p>
<p>La dramatisation (ou amplification)</p> <p>OU</p> <p>La minimisation</p>	<p>Dramatisation:</p> <p>Donner un poids plus grand à un échec, une vulnérabilité ou une menace plutôt qu'à un succès, une force ou une opportunité.</p> <p>S'attendre au pire alors qu'il est plus probable que le pire ne survienne jamais.</p> <p>Vivre une situation comme intolérable alors qu'elle est plutôt inconfortable.</p> <p>Minimisation:</p> <p>Minimiser les conséquences en lien avec certains comportements, minimiser les risques, minimiser les effets sur soi et/ou autrui, etc.</p>
<p>La personnalisation</p>	<p>Penser à tort être responsable d'événements fâcheux hors de son contrôle. Penser à tort que ce que les autres font est lié à soi.</p> <p>Exemple: C'est de ma faute si... (alors que cela était hors du contrôle de l'utilisateur).</p>
<p>Le raisonnement émotionnel</p>	<p>Croire que nos émotions correspondent à la réalité.</p> <p>Exemple: L'utilisateur qui croit que les symptômes physiques de l'anxiété (palpitations, respiration accélérée, transpiration, etc.) = danger de mort réel.</p>
<p>Les croyances sur ce qui devrait être fait</p>	<p>Des attentes sur ce que la personne ou les autres devraient faire sans examen du réalisme de ces attentes étant données les capacités et les ressources disponibles dans la situation.</p> <p>Les je dois... ou les autres doivent...</p>

L'étiquetage	<p>Limitation de la pensée due à l'utilisation d'une étiquette.</p> <p>Exemple: "Je suis un bon à rien" "Je suis un lâche" "Je suis stupide" etc.</p> <p>Distorsion qui empêche l'usager de se mettre en action.</p>
Le blâme	<p>Tenir à tort les autres responsables de ses émotions ou, au contraire, se blâmer pour celles des autres.</p>

(Rector, 2010)

Qu'est-ce qu'une pensée automatique?

Les pensées automatiques sont des interprétations des expériences vécues. Elles sont les paroles spontanées que l'on se dit à soi-même. Ce sont des pensées observables qui peuvent être saisies au vol mais qui passent souvent inaperçues bien qu'elles déterminent pour une grande part les émotions. Les pensées automatiques reposent sur des schémas cognitifs qui ceux-ci guident les interprétations des nouvelles situations. Ces interprétations sont accessibles par l'observation des pensées automatiques. Ces interprétations sont souvent biaisées selon les schémas cognitifs de telle sorte qu'elles renforcent ces derniers (Psychomédia, 2007).

Comment identifier les schémas de pensées/croyances ?...

En utilisant la technique de la « flèche descendante » :

Cette technique implique que l'intervenant saisisse une pensée dysfonctionnement exprimée en toute conscience par l'usager. L'intervenant utilise cette pensée et fait « comme si elle était vraie » afin de « descendre » aussi loin que possible dans des niveaux de cognition plus « inconscient », et ainsi, accéder au(x) schéma(s) cognitif(s) à l'origine de la pensée initiale (Joanisse, n.d.).

Exemple :

U : Ma fille m'a dit qu'elle n'était pas satisfaite de mon travail (désencombrement).

I : Qu'est-ce que « ne pas être satisfait » signifie pour vous?

U : Ma fille pense que je ne suis incapable de faire du ménage...

I : Qu'est-ce que « ne pas être capable » signifie pour vous?

U : Que je suis un bon à rien.

I : Et si vous étiez un « bon à rien » qu'est-ce que cela voudrait dire pour vous?

U : Que je ne suis pas digne d'être aidé et aimé.

I : Et si vous n'étiez pas « digne d'être aidé et aimé » qu'est-ce que voudrait dire pour vous?

U : Que ma fille va finir par se tanner et m'abandonner.



ANALYSE :

U : Ma fille m'a dit qu'elle n'était pas satisfaite de mon travail (désencombrement).

I : Qu'est-ce que « ne pas être satisfait » signifie pour vous?

U : Ma fille pense que je ne suis incapable de faire du ménage...

ANALYSE : Lecture des pensées d'autrui (fille).

I : Qu'est-ce que « ne pas être capable » signifie pour vous?

U : Que je suis un bon à rien.

ANALYSE : « Être un bon à rien » = étiquetage + blâme.

I : Et si vous étiez un « bon à rien » qu'est-ce que cela voudrait dire pour vous?

U : Que je ne suis pas digne d'être aidé et aimé.

ANALYSE : Dramatisation.

I : Et si vous n'étiez pas « digne d'être aidé et aimé » qu'est-ce que voudrait dire pour vous?

U : Que ma fille va finir par se tanner et m'abandonner.

ANALYSE : Dramatisation + personnalisation.

SCHEMAS (croyances):

1. Je dois mettre les besoins des autres (fille) en premier afin d'être aimé (vision du monde/des autres)...
2. Mais je suis un bon à rien alors que n'y parviendrai pas (vision de soi)...
3. Ainsi les autres (fille) vont m'abandonner (vision du futur).

Comment identifier les distorsions cognitives?

Tel que réalisé précédemment soit en analysant les propos de l'utilisateur à la lumière des informations fournies précédemment dans la grille au sujet des différentes distorsions cognitives (erreurs de pensée). Identifiez les erreurs de pensée que les usagers tendent à répéter. Identifiez ce en quoi ces erreurs de pensées font en sorte que les difficultés perdurent.

Comment identifier les pensées automatiques?

À l'aide de questionnements lors des VAD.

Exemple :

Lorsque « x » se produit, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit?

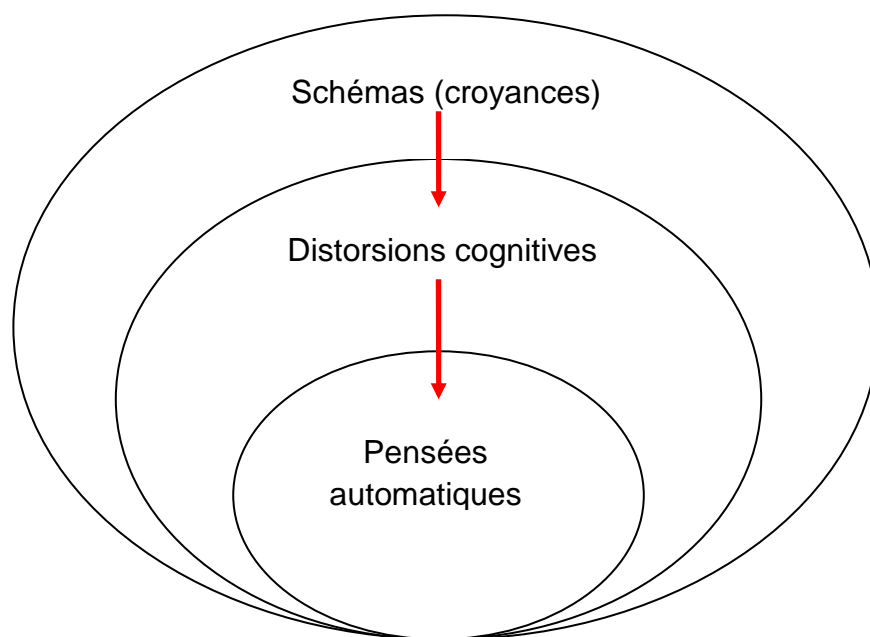
*Identifiez les pensées qui génèrent les émotions les plus « fortes/prenantes » = les pensées les plus « problématiques ».

RÉCAPITULONS

Exemples de ce qui doit être identifié chez l'utilisateur:

Schéma (pensée)	Distorsion	Pensée automatique
Je suis un incapable	Étiquetage	Je n'arriverai jamais à désencombrer mon environnement de vie
Personne n'est digne de confiance	Inférence arbitraire	L'intervenant veut seulement me placer en résidence pour personne âgée
Je dois impressionner pour être aimé, sinon je risque le rejet	Les croyances sur ce qui devrait être fait	Je dois tout désencombrer pour que mes enfants m'aient

Niveaux de cognition



L'expérience comportementale (Joanisse, n.d.)

La TCC considère les croyances de l'usager comme étant des hypothèses à TESTER! Il importe ainsi de planifier la mise à l'épreuve de certaines croyances qui viennent contrevenir à l'atteinte des buts fixés avec l'usager.

Planification de l'expérience comportementale :

1) Définir l'hypothèse anticipée :

Si je fais « X », « Y » va se produire...

Ex. Si je jette certaines possessions, je vais faire une attaque de panique!

Niveau de croyance en cette hypothèse : sur une échelle de 1 à 10 (1 = minimales chances que « Y » se produise, 10 = « Y » se produira sans aucun doute) l'usager identifie son niveau de certitude quant à la réalisation de « Y ».

2) Définir l'hypothèse alternative :

Si je fais « X », « Z » va se produire...

Ex. Si je jette certaines possessions, je vais vivre certains symptômes de l'anxiété (palpitations cardiaques, sueurs, mains moites, etc.) mais cela sera passager.

Niveau de croyance en cette hypothèse : sur une échelle de 1 à 10. (1 = minimales chances que « Z » se produise, 10 = « Z » se produira sans aucun doute) l'usager identifie son niveau de certitude quant à la réalisation de « Z ».

3) Planifier le OÙ, QUAND et COMMENT :

- **OÙ** la mise à l'épreuve de la croyance aura-t-elle lieu?
- **Quand** la mise à l'épreuve aura-t-elle lieu?
- **Comment** la mise à l'épreuve aura-t-elle lieu?

Le tout est convenu AVEC l'usager*

Exemple #1:

Mme David se définit comme étant une artiste peintre. Or, elle n'a pas réalisé de peinture depuis les 30 dernières années. Présentement, son milieu de vie est fortement encombré d'objets de toutes sortes dont, entre autre, de multiples toiles vierges, cadres, pots de peinture, pinceaux, etc. Mme David croit que si elle se départit de ses nombreux cadres, elle se sentira extrêmement mal (malaise au dessus de 10/10) et que ce sentiment perdurera très longtemps. De plus, selon elle, si elle se départit de ses cadres, cela signifie qu'elle n'aura rien fait pour faire avancer ses projets de peinture sur toile. Elle aurait ainsi l'impression d'avoir tout laissé tomber et d'être un échec dans la vie. Ainsi, l'intervenant lui propose de mettre cette croyance à l'épreuve en donnant ou en vendant un cadre de son choix.

Exemple #2:

M. Samson croit que le moyen le plus rapide et efficace de s'assurer de retrouver l'information désirée à tout moment est de conserver le matériel (livres, revues, journaux, etc.) à la vue dans son environnement de vie. L'intervenant lui propose alors de mettre cette croyance à l'épreuve en se rendant à la bibliothèque de la ville de Sherbrooke afin de tester l'efficacité de son système d'organisation versus celui de l'Internet des archives de la bibliothèque. Lorsque M. Samson est à même de constater que sa croyance ne fut pas prouvée (il parvient à trouver beaucoup plus rapidement et efficacement l'information recherchée à l'aide d'Internet et des archives de la bibliothèque), il est beaucoup plus facile pour lui de se départir de certaines possessions.

4) Évaluation de l'expérience réalisée (retour à réaliser avec l'utilisateur):

- Est-ce que ce que l'utilisateur avait prédit s'est réellement produit?
- Quels sont les éléments qui concordent avec les hypothèses initiales?
- Quels sont les éléments qui ne concordent pas avec les hypothèses initiales?
- Qu'est-ce que l'utilisateur a appris de cette expérience? Qu'est-ce qu'il retient?

L'activation comportementale (Joanisse, n.d.)

Mais qu'est-ce que l'activation comportementale?

C'est une technique qui vise à augmenter le nombre d'agents de renforcement dans la vie quotidienne de l'utilisateur.

Pourquoi est-ce une technique d'intervention pertinente ?

Le trouble d'accumulation s'accompagne fréquemment de symptômes dépressifs ainsi que d'isolement. À cet effet, une dépression majeure est présente chez 50% des gens qui présentent une problématique d'accumulation compulsive. Lorsque la dépression et l'isolement demeurent non adressés, elles contribuent au maintien ainsi qu'à l'envenimation de la situation. Cela dit, l'activation comportementale permet d'adresser ces deux problématiques en mettant l'utilisateur en action à la hauteur de ses capacités. Trois manières d'y parvenir vous seront présentées (Medley, Capron, Korte & Schmidt, 2013).

Impacts de cette technique chez l'utilisateur :

1. Augmente la probabilité que l'utilisateur ressente des émotions positives au quotidien plutôt que de « sombrer » dans une humeur « dépressive ».
2. Augmente le niveau de fonctionnement en mettant l'utilisateur en action.
3. Utile pour contrer les stratégies adaptatives non productives telles que : ne rien faire, s'isoler, dormir la majorité du temps, etc.

**** Utile pour les utilisateurs ayant peu d'insight (peu d'autocritique) ou présentant des difficultés au plan cognitif****

Trois types d'activation comportementale :

1. Augmentation des activités plaisantes

1.1 Débuter avec des activités que la personne réalise déjà or, augmenter la fréquence de ces activités.

OU

1.2 Débuter avec des activités que la personne réalisait par le passé

- Avant l'apparition du problème d'accumulation
- Avant l'épisode de dépression
- Avant... « x-y-z »

ENSUITE...

1.3 Introduire de nouvelles activités (toujours au choix de l'utilisateur)

2. Augmentation des activités productives

- 15 minutes de désencombrement/jour à l'aide de la technique de tri suivante : 4 sacs ou boîtes : 1 à jeter, 1 à recycler, 1 à donner, 1 à conserver.
- Les objets conservés doivent être rangés à l'aide d'un système d'organisation et de catégorisation efficace.
- Ne permettez pas à l'utilisateur de simplement déplacer les objets ou les remettre dans de nouveaux « amas »; cela maintient le problème.

Utilité de l'augmentation des activités productives :

- Minimise les comportements d'évitement
- Suscite l'espoir
- Petits pas (15 min/jour) =
 - permet à l'utilisateur de se tenir éloigné du « désespoir »
 - permet à l'utilisateur de vivre de petites réussites au quotidien
 - permet de susciter un sentiment de compétence et d'accomplissement

3. Augmentation des contacts interpersonnels significatifs

- Afin de bâtir davantage de résilience chez l'utilisateur, le soutien social est primordial.
- Assurez-vous de susciter, autant que possible, les contacts interpersonnels.
- Assurez-vous de tenter de rétablir les liens entre les membres de la famille eux-mêmes mais aussi entre les membres de la famille et l'utilisateur.
- Ce sont eux qui, à moyen-long terme, seront notre « filet de sécurité ». Nous ne pouvons nous en passer.
- Introduire un membre de la famille, un ami, un proche, bref, une personne significative aux yeux de l'utilisateur dès le début du suivi est à prioriser.
- Encouragez l'entourage et l'utilisateur à miser sur les comportements sains et non sur les comportements problématiques.

SUIVI à réaliser lorsque vous avez recours à l'activation comportementale

1. Assurez-vous de faire le point sur les obstacles pouvant être rencontrés dans la complétion des activités à réaliser; en faire le suivi

1.1 La motivation

Suscitez la motivation de l'utilisateur...

- Découpez les activités/tâches en plusieurs étapes simples et claires.
- Notez les étapes en guise d'aide-mémoire pour l'utilisateur; les mettre à la vue au besoin.
- Cartes sur lesquelles des proverbes ou petits mots encourageant sont inscrits (ex. petits mots écrits par des personnes significatives ou livret de phrases motivantes).

1.2 L'identification des activités plaisantes

- Assurez-vous de réaliser une liste aussi exhaustive que possible des activités qui plaisent à l'utilisateur. Explorez au besoin ce que l'utilisateur aimait réaliser par le passé et voyez comment cela pourrait être reproduit dans le présent.

1.3. Lorsque des tâches doivent être réalisées

Assurez vous de rendre l'expérience la plus agréable possible :

- Position corporelle qui ne cause pas d'inconfort
- Mettre de la musique
- S'en tenir au temps de désencombrement convenu (ni plus, ni moins)
- Etc. Faites-preuve de créativité; adaptez-vous à ce qui plait à l'utilisateur; consultez-le à savoir comment vous pouvez rendre l'expérience agréable pour lui.

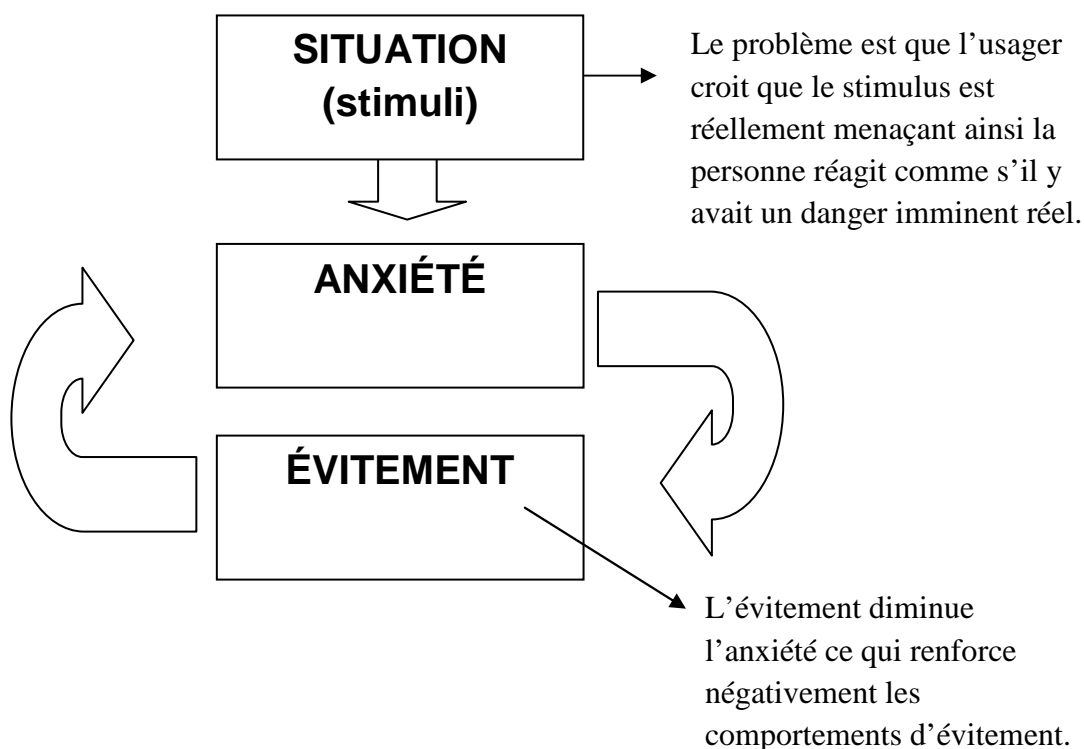
Assurez-vous de vérifier si l'utilisateur réalise les activités/tâches convenues, autrement, il risque d'abandonner (surtout au début). Intéressez-vous à l'impact de la réalisation des activités + tâches sur son humeur et son "monde émotif".



**** Ce qui importe ce sont les EFFORTS au quotidien
et non les RÉSULTATS****

L'exposition (Joanisse, n.d.)

L'évitement est au cœur du trouble d'accumulation. L'exposition est une technique qui peut être utilisée afin de surmonter les situations qui font vivre de l'anxiété aux usagers. L'exposition est basée sur la notion suivante : l'évitement nourrit l'anxiété et maintient le problème.



Cette image démontre que l'utilisateur en vient à croire que la seule manière de composer avec le stimulus qui suscite de l'anxiété est de l'éviter. Ce faisant, puisque l'utilisateur ne confronte jamais ce qui suscite chez lui de l'anxiété, il n'est pas en mesure de vérifier si les conséquences redoutées (craintes) sont effectivement réelles.

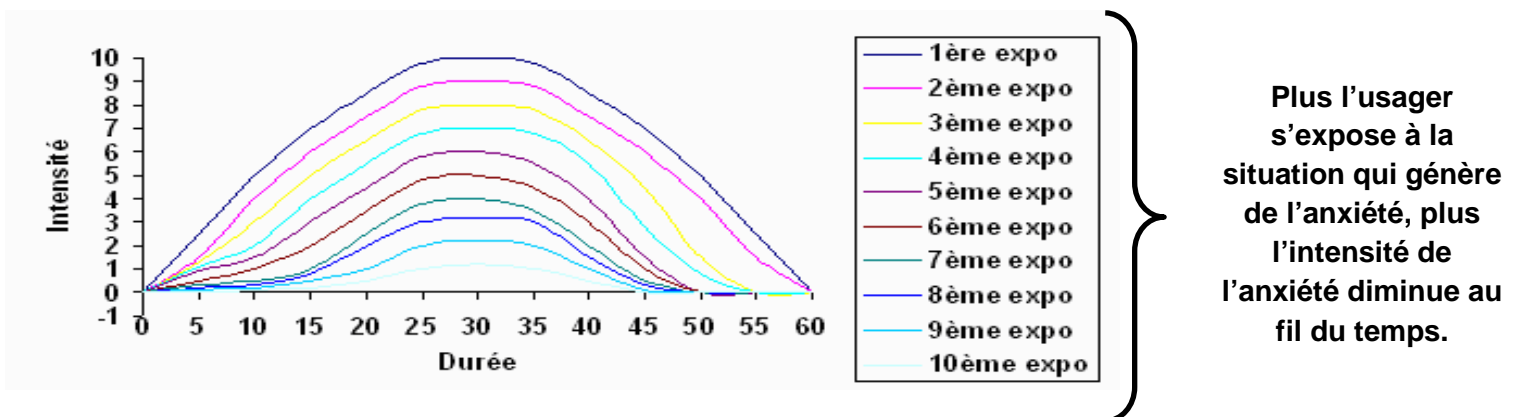
Le principe d'exposition consiste essentiellement à entrer en contact (exposition imaginaire ou réelle) avec la ou les situations qui génèrent de l'anxiété chez l'utilisateur.

Comment utiliser l'exposition?

Expliquez le rationnel de cet exercice à l'utilisateur.

Il doit saisir pourquoi l'exposition est importante

- Présentez à l'utilisateur l'image de la page précédente et explorez ensemble le vécu de l'utilisateur en regard de cette image (quelles situations génèrent de l'anxiété, comment cela se manifeste au plan physique, au plan psychologique (pensées) et comportemental (évitement)).
- Expliquez à l'utilisateur que l'évitement est un piège qui ne fait que soulager momentanément l'anxiété.
- Mentionnez à l'utilisateur que l'anxiété n'est pas dangereuse, c'est une réaction normale et adaptée.
- Expliquez à l'utilisateur les symptômes physiologiques pouvant être rencontrés ainsi que leur fonction (se protéger d'un danger réel ou imaginé).
 - o Sensation de manque d'air
 - o Palpitations cardiaques
 - o Étourdissement
 - o Mains moites
 - o Chaleurs/transpiration, etc.
- Identifiez les symptômes physiologiques que l'utilisateur vit le plus fréquemment + ce qu'ils représentent pour l'utilisateur.
- Est-ce que l'utilisateur a peur/craint de ressentir ces sensations désagréables?
- Est-ce la raison pour laquelle il évite, autant que possible, d'être exposé aux situations qui génèrent de tels symptômes physiologiques chez lui?



Deux techniques d'exposition spécifiques

1. L'exposition intéroceptive

- Cette technique consiste à faire la liste des situations et des symptômes physiologiques qui génèrent le plus l'anxiété chez l'utilisateur.
- Identifiez avec l'utilisateur le niveau d'anxiété vécu, sur une échelle de 1 à 10 pour chacune des situations mentionnées.
- Identifiez, pour chacune des situations mentionnées, les indicateurs physiologiques (symptômes) rencontrés.
- Déterminez avec l'utilisateur quelles sensations physiologiques génèrent le plus d'anxiété chez lui.
- Notez les situations de la manière suivante : de la situation la plus anxiogène à la moins anxiogène.

Ensuite, générez les sensations physiologiques que l'utilisateur a mentionné comme étant particulièrement anxiogènes afin qu'il puisse s'y HABITUER et qu'il en vienne à ne plus les craindre. Plusieurs usagers croient, à tort, que certains symptômes physiologiques représentent un danger réel.

EXEMPLES (à adapter selon les capacités de l'utilisateur) :

- **Sensation de manque d'air** : respirez à travers une paille en vous pinçant les narines (1 minute).
- **Étourdissement** : penchez légèrement la tête et secouez-la de gauche à droite en gardant les yeux ouverts (30 secondes). Relevez la tête et gardez-la bien droite quelques secondes.
- **Étourdissement** : Assis sur une chaise, penchez la tête entre vos jambes, plus bas que le niveau du cœur. Après 60 secondes, redressez-vous subitement.
- **Hyperventilation** : Inspirez et expirez profondément par la bouche, suffisamment fort pour que l'on puisse entendre votre souffle (1 minute).
- **Essoufflement** : Prenez une grande et profonde respiration. Couvrez votre bouche ainsi que votre nez avec une main. Retenez votre souffle pendant 30 secondes (ou moins si vous ne pouvez tenir aussi longtemps).
- **Palpitations** : Marche rapide (sur place) en montant et descendant les genoux (1 minute).
- **Raideurs** : Assis sur une chaise, contractez tous les muscles de votre corps en soulevant un peu les cuisses de votre chaise (1 minute) (Foldes-Busque, Marchand & Landry, 2007).

Pourquoi l'exposition intéroceptive est une technique pertinente?

Les individus qui présentent une problématique d'accumulation présentent aussi fréquemment une sensibilité à l'anxiété (SA). La SA réfère à la « peur de la peur; peur d'avoir peur » ou à la peur des sensations physiologiques reliées à l'anxiété, tel qu'énuméré précédemment. Cette sensibilité à l'anxiété fait en sorte que les personnes évitent d'être en contact avec une situation qui génère de l'anxiété afin d'éviter de vivre les symptômes physiques qui font surface lorsque le niveau d'anxiété augmente chez la personne. Plusieurs personnes ont une peur exagérée de ces symptômes et les perçoivent comme étant un risque imminent réel (ex. risque de mort, risque de devenir « fou », etc.) (Medley, Capron, Korte & Schmidt, 2013).

Ainsi, lorsqu'une personne évite de faire face à certaines situations qui génèrent de l'anxiété afin de ne pas vivre les symptômes tels que les palpitations cardiaques, l'essoufflement, etc. il est pertinent de lui proposer de réaliser une exposition intéroceptive afin qu'elle puisse constater que ces symptômes ne constituent pas un danger réel, qu'il est possible de les contrôler et de développer une plus grande « résistance » à leur égard plus on s'y expose.

2. L'exposition réelle (in-vivo)

Ce type d'exposition permet à l'utilisateur d'entrer directement en contact avec la situation qui lui fait vivre de l'anxiété. D'abord, les éléments suivants doivent être identifiés:

1) Les situations évitées (ou celles qui génèrent de l'anxiété)

2) Le niveau de détresse (d'anxiété) sur une échelle de 1 à 10 pour chaque situation anxiogène

* Mettre le tout sur papier de la situation la plus anxiogène à la situation la moins anxiogène.

Lorsque la liste des différentes situations anxiogènes est réalisée, débutez avec la situation qui génère le moins d'anxiété chez l'utilisateur. Si toutes les situations énumérées génèrent un même niveau d'anxiété, il est possible de réaliser une exposition de type imaginaire où l'utilisateur imagine le fait de devoir s'exposer à une telle situation.

L'objectif de l'exposition réelle est d'augmenter la tolérance de l'utilisateur face à la situation anxiogène. Le but n'est pas d'éliminer complètement l'anxiété face à ce type de situation.

Qu'est-ce qui nous indique qu'on peut cesser l'exposition?

- Lorsque l'utilisateur parvient à tolérer l'anxiété en lien avec une situation "x" (détresse minimale)
- Lorsque le désir d'éviter la situation anxiogène n'est plus présent ou rapidement géré
- Lorsque la croyance que quelque chose de dangereux va se produire en raison des symptômes physiologiques de l'anxiété est géré
- Lorsque l'utilisateur ne fait plus usage de garanties sécurisantes telles que la présence d'une autre personne pour faire face à la situation, se recueillir dans la boisson, etc.

**** Il est important de s'assurer que l'utilisateur s'expose à diverses situations anxiogènes****

****Planifiez ces "séances" avec la collaboration de l'utilisateur; déterminez le où, quand, comment et parfois même, surtout au début, convenez du temps qui sera consacré à l'expérimentation et respectez ce qui fut convenu.**

À NOTER: La tendance veut que l'anxiété augmente d'abord, et ce, jusqu'à l'atteinte d'un "plateau" où l'anxiété commence à diminuer (voir image p. 96). Ainsi, il est particulièrement important que l'utilisateur persiste dans l'expérience d'exposition jusqu'à ce que son niveau de stress atteigne 3 niveaux de plus que son niveau de stress initial. C'est n'est qu'après l'atteinte de ces 3 niveaux de plus que le stress commencera à diminuer. L'utilisateur ne doit pas abandonner avant l'atteinte de ce seuil (Gagnon, n.d.). Ainsi, si le niveau d'anxiété initial de l'utilisateur se situe à 6 sur 10, l'utilisateur doit « tenir bon » jusqu'à l'atteinte d'un seuil de 9 sur 10 où l'anxiété commencera à diminuer. Ce n'est qu'à ce moment qu'il peut "abandonner" si l'expérimentation est "trop pénible" pour lui. Autrement, si possible, on persiste un peu plus longtemps pour constater que l'anxiété ne cesse de diminuer au fil du temps.

La relaxation (Gagnon, n.d.)

Pourquoi est-ce pertinent de parler de relaxation?

Puisque c'est une technique accessible pour tous. De plus, c'est simple, rapide et efficace.

La respiration DIAPHRAGMATIQUE

Afin de relaxer pleinement et ressentir les effets bénéfiques des exercices de relaxation, il est important d'apprendre à respirer à l'aide de son diaphragme. Le diaphragme est un muscle qui sépare les poumons de l'abdomen. La principale fonction du diaphragme est de contrôler l'expansion (lors de l'inspiration) et la contraction (lors de l'expiration) des poumons. Toutefois, la majorité des personnes qui vivent de l'anxiété tendent à respirer à l'aide du thorax. Ce type de respiration se loge dans la partie supérieure du corps là où se situent plusieurs muscles sensibles au stress. Ainsi, cela provoque une respiration encore moins profonde et de plus en plus rapide.

Contrairement à la respiration thoracique, la respiration diaphragmatique est beaucoup plus profonde, beaucoup plus lente. De plus, elle se caractérise par un meilleur "remplissage" et "vidage" des poumons ce qui procure un sentiment de relaxation et permet à l'utilisateur de se sentir plus énergique et reposé.

Séance d'apprentissage de la respiration DIAPHRAGMATIQUE

1. Demandez à l'utilisateur de s'étendre confortablement sur le dos sur une surface plane (sur le divan, sur un lit, au sol).
2. Demandez-lui de poser une main sur sa poitrine et l'autre main sur son estomac.
3. Demandez-lui d'inspirer lentement en comptant (1...2...3...4...) et en gonflant son estomac autant que possible. Ce faisant, cela permettra au diaphragme de descendre et de laisser un maximum d'espace pour que les poumons puissent s'emplier d'air.
4. En expirant (aussi lentement qu'en inspirant), demandez à l'utilisateur de contracter les muscles de son estomac autant que possible. Le diaphragme se haussera alors vers la poitrine.

**** La main posée sur la poitrine devrait ne presque pas bouger****

À NOTER : Il est normal que ce type de respiration paraisse "bizarre" ou inconfortable lors des premières tentatives. Toutefois, notre corps est fait pour respirer ainsi. Plus l'utilisateur mettra cette technique de respiration en pratique, plus il se sentira confortable. Éventuellement, lorsque la technique est maîtrisée en position « couché », l'utilisateur peut se pratiquer à la répéter en position assise ainsi qu'en position debout.

****Cette technique de respiration est utile afin de relaxer
tant avant que pendant l'exposition à une situation anxiogène****

Contre-indication

Finalement, il demeure contre-indiqué d'utiliser l'approche cognitive comportementale adaptée auprès des personnes présentant des atteintes cognitives sévères, une agitation psychomotrice sévère, une importante fragilité médicale ou toute perte d'un ou plusieurs sens qui empêchent l'utilisateur de participer activement au suivi (Frost & Hartl, 1996).

CONCLUSION



Le Guide d'évaluation et d'intervention dans des contextes d'accumulation, d'encombrement et d'insalubrité morbide est un outil qui se veut utile afin de :

- orienter les intervenants et leurs gestionnaires dans les actions à réaliser auprès de la clientèle aux prises avec un problème d'accumulation, d'encombrement et d'insalubrité morbide;
- soutenir la réflexion des intervenants dans l'analyse des situations à risques concernant des personnes vulnérables et marginalisées.
- Mettre en lumière l'apport indispensable des proches, des partenaires dans la recherche d'équilibre pour l'utilisateur concerné par cette problématique.
- S'assurer de l'application de bonnes pratiques dans le respect des valeurs et des droits de chacun.

De plus, nous sommes d'avis que cet outil sera appelé à évoluer tout au long du développement de l'expertise clinique des intervenants face à cette problématique.

Enfin, nous souhaitons qu'une formation soit offerte aux intervenants psychosociaux pour une meilleure appropriation du guide.

Annexe I

OBSERVATIONS SYSTÉMATIQUES DU MILIEU ET MESURE DE LA SITUATION¹⁶

¹⁶ INSPIRÉ DE : CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE. *Au-delà de l'encombrement ou de l'insalubrité morbide, la rencontre d'une personne et les conditions d'interventions*. 2013, 56 pages. P.41

NO DOSSIER :	
NOM :	
PRÉNOM :	
D.D.N. :	

OBSERVATIONS SYSTÉMATIQUES DU MILIEU ET MESURE DE LA SITUATION ¹⁷

Adresse :

Date de la visite :

Nom de l'intervenant :

Observation et Mesure de l'encombrement	
<p>Entrée principale</p> <p><input type="checkbox"/> porte s'ouvre sans obstacle</p> <p><input type="checkbox"/> difficulté à ouvrir la porte</p> <p><input type="checkbox"/> la porte est non-accessible</p>	<p>Commentaires :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Corridor ou aires de circulation</p> <p><input type="checkbox"/> libre sans objets encombrants</p> <p><input type="checkbox"/> encombrement partiel ne compromettant pas la circulation</p> <p><input type="checkbox"/> encombrement majeur compromettant la circulation</p>	<p>Commentaires :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Salon</p> <p><input type="checkbox"/> on peut s'asseoir sur les fauteuils</p> <p><input type="checkbox"/> les fauteuils sont recouverts partiellement d'objets</p> <p><input type="checkbox"/> impossible de s'asseoir</p>	<p>Commentaires :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Cuisine</p> <p><input type="checkbox"/> appareils ménagers, comptoirs sont accessibles</p> <p><input type="checkbox"/> appareils ménagers, comptoirs sont partiellement dégagés</p> <p><input type="checkbox"/> appareils ménagers et comptoirs sont inutilisables</p>	<p>Commentaires :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

¹⁷ INSPIRÉ DE : CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE.
Au-delà de l'encombrement ou de l'insalubrité morbide, la rencontre d'une personne et les conditions d'interventions. 2013, 56 pages. P.41

Observation et Mesure de l'encombrement

<p>Salle à manger</p> <p><input type="checkbox"/> dégagée</p> <p><input type="checkbox"/> encombrée et table de cuisine peu fonctionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> la salle à manger ne peut être utilisée à bonne fin</p>	<p>Commentaires :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Salle de bain</p> <p><input type="checkbox"/> installations sanitaires fonctionnelles et dégagées</p> <p><input type="checkbox"/> installations sanitaires peu fonctionnelles et encombrées</p> <p><input type="checkbox"/> rien n'est fonctionnel et la pièce est encombrée</p>	<p>Commentaires :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Entrée secondaire (arrière ou porte patio)</p> <p><input type="checkbox"/> dégagée en cas d'évacuation</p> <p><input type="checkbox"/> encombrée et permet difficilement l'évacuation</p> <p><input type="checkbox"/> impossible d'employer cette sortie</p>	<p>Commentaires :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Chambre à coucher</p> <p><input type="checkbox"/> dégagée</p> <p><input type="checkbox"/> partiellement encombrée</p> <p><input type="checkbox"/> impossible d'y dormir, encombrement majeur.</p>	<p>Commentaires :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Sous-sol</p> <p><input type="checkbox"/> dégagé</p> <p><input type="checkbox"/> partiellement encombré</p> <p><input type="checkbox"/> impraticable, encombrement majeur</p>	<p>Commentaires :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Escaliers</p> <p><input type="checkbox"/> dégagé et sécuritaire</p> <p><input type="checkbox"/> partiellement dégagé rendant son utilisation à risque</p> <p><input type="checkbox"/> encombré et non-sécuritaire</p>	<p>Commentaires :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Odeur</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Si OUI, précisez :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Observation et Mesure de l'encombrement

<p>Apparence des lieux</p> <p>Rangé <input type="checkbox"/> Désordonné <input type="checkbox"/></p>	<p>Commentaires :</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Présence d'animaux</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Sont-ils entretenus? _____</p> <p>Présence d'excréments? _____</p>	<p>Commentaires :</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Présence d'excréments ou déchets organiques</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Commentaires :</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Présence de nourriture avariée</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Précisions : _____</p>	<p>Commentaires :</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Présence de parasites</p> <p>Petits rongeurs? _____</p> <p>Punaises de lits? _____</p> <p>Autres parasites (ex. insectes volants, rampants, etc.)?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Commentaires :</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Système de chauffage :</p> <p>Électricité, eau, bois, huile ou autres?</p> <p>Précisez : _____</p> <p>_____</p> <p>Dégagé <input type="checkbox"/></p> <p>Obstrué <input type="checkbox"/></p>	<p>Commentaires :</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Observation et Mesure de l'encombrement

Comportements à risque : Fumeur, consommateur d'alcool, de drogues ou surconsommation de médicaments? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si OUI, précisez : _____ _____ _____
Tenue vestimentaire lors de la VAD : Soigné <input type="checkbox"/> Partiellement négligée <input type="checkbox"/> Négligée <input type="checkbox"/>	Commentaires : _____ _____ _____
Humeur et perceptions de l'utilisateur face à son environnement lors de la VAD.	Précisez : _____ _____ _____ _____
Niveau de collaboration au cours de la VAD : _____ _____ _____	
Constat de situation actuellement : _____ _____ _____	
Mobilisation du réseau familial/soutien : _____ _____ _____	
Situation de code : Vert <input type="radio"/> Jaune <input type="radio"/> Orange <input type="radio"/> Rouge <input type="radio"/>	Liens à faire avec l'OEMC (s'il y a lieu) Informations pertinentes à considérer : _____ _____ _____
Signature : _____ Titre d'emploi : _____ Date : _____/_____/_____	

Annexe II

Éléments incontournables à explorer en contexte d'accumulation compulsive.

Le présent document fut rédigé **sans ordre précis**. À vous de déterminer quand est-il préférable d'aborder certains éléments plutôt que d'autres, et ce, dépendamment de la dynamique de l'individu que vous êtes appelé à accompagner. Toutes questions peuvent être posées. Sachez simplement les poser au moment opportun avec **tact, empathie et douceur** afin de ne pas susciter davantage de méfiance et de résistances chez l'utilisateur.

Éléments à explorer	Questions (exemples)	À noter
<p>Qui est l'utilisateur "à l'extérieur" du problème d'accumulation compulsive?</p>	<p>Quels sont vos intérêts dans la vie?</p> <p>Quels sont vos passe-temps?</p> <p>Qu'aimez-vous faire au quotidien?</p> <p>Quelles sont vos désirs, à quoi aspirez-vous?</p> <p>Intéressez-vous à l'utilisateur!</p> <p>Qui est-il? D'où vient-il? Son parcours de vie? Etc.</p>	<p>Les premières rencontres (3-4) doivent être consacrées à l'établissement d'un lien de confiance avec l'utilisateur.</p> <p>Les interventions en lien avec l'accumulation compulsive suscitent fréquemment de l'indignation chez l'utilisateur ce qui amplifie la méfiance, le ressentiment, le manque de motivation ainsi que la résistance à accepter l'aide pour « traiter » le problème. Il peut ainsi être plus ardu de créer un lien de confiance.</p> <p>Ainsi, il est important d'apprendre à connaître l'individu au-delà de la problématique d'accumulation compulsive, et ce, pour maintes raisons dont:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Facilite l'établissement d'un lien de confiance (alliance thérapeutique = d'une importance capitale). 2. Nous donne accès à de précieuses informations qui seront utiles pour l'intervention (éventuels leviers). <p>De plus, avec l'accord de l'utilisateur, il peut être facilitant de vous accompagner d'une personne significative à ses yeux lors des rencontres (surtout lors des premières VAD).</p> <p>Les proches sont reconnus pour promouvoir le progrès et réduire le risque de rechute, entre autres, en encourageant l'utilisateur à demeurer engagé dans le suivi et en renforçant ses efforts (Miranda, 2012).</p>

<p>Les valeurs de l'utilisateur.</p>	<p>Qu'est-ce qui est important pour vous dans la vie?</p> <p>Quelles valeurs sont les plus importantes à vos yeux?</p> <p>Quelles sont vos valeurs les plus profondes?</p>	<p>Les valeurs: important levier pour l'intervention.</p> <p>Pourquoi? Le trouble d'accumulation (TA) affecte grandement l'individu qui en est atteint, entre autres, puisque les comportements d'accumulation trahissent fréquemment certaines de ses valeurs les plus profondes. Or, au départ, l'utilisateur le perçoit rarement ainsi.</p>
<p>Comment l'accumulation compulsive répond-elle aux valeurs de l'utilisateur?</p>	<p>De quelle façon l'environnement dans lequel vous vivez respecte vos valeurs? Lesquelles?</p> <p>Comment l'accumulation d'objets vous permet de demeurer fidèle à vos valeurs? Lesquelles?</p>	<p>Inciter l'utilisateur à identifier ses valeurs nous permet de l'amener à identifier l'écart entre celles-ci et les comportements d'accumulation, s'il y a lieu. Cela nous permet de « raccrocher » l'utilisateur à qui il est, ce qui est important pour lui, ce qui le définit, ce qui lui tient à cœur...</p> <p>Exemple: un utilisateur qui ne supporte pas le gaspillage et qui recherche constamment des objets réutilisables. Or, on constate que l'individu ne réutilise pas les objets amassés; il les accumule. Ainsi, il gaspille à son tour puisque les possessions tombent dans l'oubli. Présence d'un « conflit » entre une valeur et un comportement (O'Connor, St-Pierre-Delorme, Koszgi, 2012).</p>
<p>Comment l'accumulation compulsive contrevient-elle aux valeurs de l'utilisateur?</p>	<p>Est-ce que l'accumulation d'objets entre en conflit avec certaines de vos valeurs?</p> <p>SI OUI,</p> <p>Comment l'environnement dans lequel vous vivez entre en conflit avec certaines de vos valeurs? Lesquelles?</p>	<p>Soulever l'écart entre les valeurs de l'utilisateur et les comportements d'accumulation peut susciter une prise de conscience chez l'utilisateur et ainsi, faciliter l'atteinte de l'objectif principal soit diminuer les conséquences de l'accumulation compulsive sur la santé/sécurité de l'utilisateur afin de favoriser le MAD.</p>

<p><u>Depuis quand</u> l'usager vit-il dans un tel environnement?</p> <p>Y a-t-il eu un <u>élément déclencheur</u> relativement « récent »?</p> <p>OU</p> <p>Est-ce une problématique qui s'est <u>chronicisée</u> au fil du temps?</p>	<p>A) Vous pouvez poser la question à l'usager lui-même: Avez-vous toujours vécu dans un environnement « x-y-z »*?</p> <p><u>*Nommez ce que vous observez à ce moment:</u> avec des objets au sol, sur les meubles, sur les comptoirs, autour de votre lit, sur le divan, etc.</p> <p>SI NON, Depuis quand? Que s'est-il passé? Comment étaient les lieux par le passé?</p> <p>B) Vous pouvez parfois le constater: Ex. Journaux datant de 1980.</p> <p>Or, il est toujours pertinent de questionner l'individu à cet effet afin d'avoir accès à sa perception de la situation :</p> <p>Est-ce que l'environnement a toujours été ainsi?</p> <p>Est-ce que l'environnement s'est aggravé au fil de temps?</p> <p>Comment explique-t-il cela?</p>	<p>L'accumulation compulsive semble avoir un début précoce (la majorité = avant 21 ans). Toutefois, les symptômes tendent à s'intensifier avec l'âge, et ce, surtout de 40 à 70 ans. Cela explique la raison pour laquelle l'accumulation compulsive est davantage observée chez la population « plus âgée ».</p> <p>Pourquoi? Hypothèse : Vivre en présence d'autres individus (ex. parents, conjoint(e)) inhibe le développement de comportements d'accumulation puisque la famille limite l'acquisition compulsive, facilite le fait de devoir se départir de certaines possessions et force l'élimination de l'encombrement.</p> <p>Toutefois, lorsque l'individu quitte le « nid familial » ou en vient à perdre son partenaire intime suite à un divorce ou un décès, les contraintes externes ayant habituellement un impact sur les comportements d'accumulation compulsive ne sont plus présentes (Tolin, Meunier, Frost & Steketee, 2010).</p> <p>Ainsi, l'accumulation compulsive est fréquemment non-détectée et non-traitée jusqu'à ce que la personne soit plus âgée et que ses comportements d'accumulation en viennent à attirer l'attention de la famille, des voisins, des infirmiers(ères) qui offrent des soins à domicile, etc. (Gibson, Rasmussen, Steketee, Frost & Tolin, 2010).</p> <p>4 trajectoires :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Symptômes qui augmentent au fil du temps 2) Symptômes qui diminuent au fil du temps 3) Symptômes chroniques 4) Symptômes récurrents <p>Or, une apparition « soudaine » est parfois aussi constatée. Ce faisant, l'élément déclencheur est plus facilement identifiable.</p> <p>Finalement, la perception de la famille et des proches à cet effet est aussi une source d'information pertinente à investiguer (Tolin, Meunier, Frost & Steketee, 2010).</p>
--	--	---

<p>Est-ce que l'individu <u>reconnait la problématique</u> d'accumulation compulsive?</p> <p>SI OUI,</p> <p>Comment <u>définit-il/explique-il</u> ce problème?</p>	<p>Est-ce problématique pour vous de vivre dans un environnement avec tant d'objets?</p> <p>SI OUI,</p> <p>Qu'est-ce qui est problématique dans la présente situation?</p> <p>Qu'est-ce qui vous cause le plus de tort? Comment?</p>	<p>La majorité des individus qui accumulent compulsivement n'ont pas conscience de la gravité de leurs comportements et de ses conséquences. Ainsi, ils ne considèrent fréquemment pas les comportements d'accumulation compulsive comme étant déraisonnables et ne voient pas « le désordre » comme étant un problème (se situent fréquemment au stade de motivation #1 soit celui de la pré-contemplation) (Tompkins, 2011).</p> <p>Raison : Les usagers ont fréquemment un « faible insight » (capacité de faire preuve de compréhension/discernement/jugement quant à la problématique).</p> <p>Le manque « d'insight » se divise en 3 sous-catégories :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) L'anosognosie : manque de prise de conscience quant à l'existence de la problématique ou de ses conséquences. 2) Les idées surévaluées : croyances fixes et rigides. 3) La défensive : utilisation du déni et de divers arguments pour « résister » à l'influence d'autrui (Frost, Tolin, Maltby, 2010). <p>Les stades de la motivation tout comme les manières d'intervenir face à ces 3 sous-catégories d'insight vous seront proposées (section sur l'entretien motivationnel).</p>
--	--	--

<p>Est-ce que <u>l'environnement</u> dans lequel l'utilisateur vit <u>lui convient</u>?</p> <p>SI NON,</p> <p>Quel est <u>l'écart</u> entre l'état du milieu de vie actuel et l'état du milieu de vie désiré?</p>	<p>Est-ce que votre environnement de vie vous convient?</p> <p>SI NON,</p> <p>Comment aimeriez-vous que votre environnement soit?</p> <p>Qu'est-ce que le fait de vivre dans une maison/appartement avec beaucoup d'objets vous fait vivre (sphère émotive)?</p> <p>Comment vous sentez-vous dans votre maison/appartement?</p>	<p>La perception de l'utilisateur quant à son milieu de vie à savoir s'il est adéquat ou non est à investiguer.</p> <p>L'utilisateur vit-il un « assez grand » inconfort l'incitant à se mobiliser en faveur du changement? Les écarts relevés par l'utilisateur sont de précieux indicateurs à saisir. Ils nous indiquent ce sur quoi ce dernier désire agir.</p> <p>Inclure au PI les actions à entreprendre pour réduire ces écarts = à privilégier puisque cela s'avère une source de motivation/mobilisation non négligeable chez l'utilisateur. Saisir ses désirs, ses objectifs et ses solutions/moyens = la priorité!</p> <p>Écart = entre la situation actuelle et la situation désirée. Implique : déterminer des moyens réalistes afin de parvenir à réduire cet écart.</p>
<p><u>Comment</u> l'utilisateur se <u>procure</u> t'il les objets accumulés?</p>	<p>Comment vous procurez-vous « x-y-z » (nommez ce que vous constatez à ce moment)?</p>	<p>À investiguer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Achats; où? - Cadeaux; de qui? - Biens reçus à la maison; lesquels? (ex. circulaires) - Biens trouvés; où + lesquels? (ex. dans les poubelles) - Fréquence à laquelle l'individu se procure les biens? <p>Afin de déterminer comment « réduire l'acquisition » nous devons savoir comment l'utilisateur se procure ce qu'il accumule.</p>

<p>Qu'est-ce que les objets accumulés représentent pour l'utilisateur (valeur associée aux possessions)?</p>	<p>Qu'est-ce que vos possessions/objets signifient pour vous?</p> <p>Je constate que vos possessions sont très importantes pour vous, qu'est-ce qui fait en sorte qu'elles sont si importantes à vos yeux?</p>	<p>L'intervenant peut diminuer les chances que l'utilisateur soit mal à l'aise et anxieux en reconnaissant, dès le début du suivi, que l'intervenant et l'utilisateur peuvent avoir des jugements de valeur différents en ce qui concerne les biens accumulés par ce dernier.</p> <p>Or, il importe de mentionner qu'il est essentiel pour l'utilisateur de prendre ses propres décisions. L'intervenant peut guider l'utilisateur en fournissant une multitude de points de vue sur la valeur des possessions de l'utilisateur mais, il doit toujours respecter ce dernier et ne jamais décider ce qui doit être jeté versus ce qui peut être conservé (Gibson, Rasmussen, Steketee, Frost & Tolin, 2010).</p> <p>Des techniques d'intervention vous seront proposées à cet effet (section sur l'approche orientée vers les solutions).</p>
<p>Quelles sont les raisons pour lesquelles les objets sont conservés?</p>	<p>Dites-moi, pour quelle raison conservez-vous autant de possessions?</p> <p>Selon-vous, qu'est-ce qui fait en sorte que vous conservez autant d'objets?</p>	<p>Le motif = une part importante du TAC puisque ce n'est pas la « valeur réelle/objective » associée à l'objet qui suscite le comportement d'accumulation mais plutôt ce que l'objet représente aux yeux de l'utilisateur.</p> <p>Les fausses croyances au sujet de la nature des possessions sont associées aux comportements d'accumulation. Plusieurs individus ont des croyances erronées au sujet de l'utilité future de diverses possessions ce qui lui mène à conserver les objets « au cas où » ils en auraient besoin dans le futur. De plus, les croyances telles que : « me départir de cet objet = perdre une part de ma vie » ou « sans cet objet je serai plus vulnérable » mènent, sans aucun doute, à des comportements d'accumulation (Medley, Capron, Korte & Schmidt, 2013).</p> <p>Ex. Journaux accumulés = peu de valeur aux yeux de la société en général. Or, aux yeux de l'utilisateur = source d'information qui pourrait se révéler utile dans le futur donc = précieux.</p> <p>Valeurs associées aux possessions :</p> <p>a) Instrumentale :</p> <p>Ex.: un jour peut-être, l'information pourrait m'être utile dans le futur, c'était une aubaine, l'objet pourrait être utile à quelqu'un d'autre (pour une bonne cause), il est irresponsable de jeter des objets qui sont encore « bons », il y a peut-être un objet de valeur, le tri doit être fait avec soin sinon je risque de perdre le contrôle, etc.</p>

		<p>b) Sentimentale : Ex.: je serai plus vulnérable sans mes possessions, mes possessions = une partie de moi-même (extension de soi), comble le vide socio-familial fréquemment constaté, les possessions = vivantes; souvent lié aux pertes/deuils, etc.</p>
<p>Quels types d'objets ne sont <u>pas amassés</u>? Comment l'utilisateur explique-t-il cela?</p>	<p>Y a-t-il des objets que vous n'amassez pas? Quels sont les objets qui ne vous intéressent pas? Pour quelle raison ces objets ne vous intéressent pas?</p>	<p>Ce qui nous intéresse ici est surtout la raison pour laquelle l'utilisateur mentionne ne pas amasser certains types d'objets et quels sont ces objets.</p> <p>Il est pertinent d'avoir accès à sa perception des objets qui ne valent pas la peine d'être amassés puisque parfois, on peut constater que ce qui est mentionné comme n'étant pas un objet « intéressant » se retrouve tout de même dans l'environnement de vie.</p> <p>Ou, les raisons évoquées justifiant pourquoi certains objets ne sont pas amassés pourraient aussi s'appliquer à certains objets retrouvés dans le milieu de vie.</p> <p>Soulever cette constatation peut être un intéressant levier d'intervention. Or, l'idéal est d'amener l'utilisateur à le constater par lui-même.</p>
<p>Selon l'utilisateur, quels sont les <u>avantages et les inconvénients</u> associés à l'accumulation compulsive?</p>	<p>Selon vous, quels sont les avantages d'avoir autant de possessions? Selon vous, quels sont les désavantages d'avoir autant de possessions? Les questions pourraient aussi adresser les avantages et désavantages du changement (balance décisionnelle).</p>	<p style="text-align: center;">La balance décisionnelle (section sur l'entretien motivationnel)</p> <p style="text-align: center;">Exercice à réaliser à plusieurs reprises en cours de suivi.</p> <p>Pour que l'individu veuille s'inscrire dans un processus de changement, les inconvénients doivent surpasser les avantages que ce soit en nombre ou au niveau de « la lourdeur » de l'inconfort vécu. L'intervenant doit assister l'utilisateur dans ce cheminement.</p> <p>Les inconvénients qui sont reconnus par l'utilisateur = les leviers d'intervention les plus « puissants ». Puisque reconnus par l'utilisateur, ce dernier risque d'être plus enclin à vouloir y remédier.</p>

<p>Est-ce que l'utilisateur <u>se départit</u> (jette/donne) parfois de certaines possessions?</p> <p>SI NON,</p> <p>Quelles sont les <u>raisons</u> pour lesquelles l'utilisateur ne <u>parvient pas à se départir</u> des objets accumulés?</p> <p>SI OUI,</p> <p><u>Comment vit-il cela</u> (se départir de certains objets)?</p>	<p>Vous arrive-t-il de jeter/donner certaines de vos possessions?</p> <p>SI NON,</p> <p>Selon vous, qu'est-ce qui fait en sorte que vous n'arrivez pas à jeter ou à donner certains objets/certaines de vos possessions?</p> <p>SI OUI,</p> <p>Lesquelles? Comment? Pourquoi? Dans quel contexte? Pensées? Émotions? Etc.</p>	<p>Lorsque les individus qui font de l'accumulation compulsive se voient contraints de se départir de certains objets, ceux-ci vivent fréquemment un grand chagrin et expérimentent des réactions physiques particulièrement désagréables (forte anxiété).</p> <p>Ainsi, il est plausible qu'ils évitent les situations où ils doivent décider de se départir de certaines possessions, et ce, afin d'éviter d'avoir à vivre des états émotionnels désagréables liés aux pertes. La peur associée à la prise de décision renforce ainsi les comportements d'accumulation.</p> <p>Types de peurs (exemples) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peur de perdre le contrôle et de devenir « mentalement malade ». - Peur exagérée des symptômes physiques liés à l'anxiété dont les palpitations cardiaque, l'hyperventilation et la transpiration. <p>L'évitement = élément central de l'accumulation compulsive (Medley, Capron, Korte & Schmidt, 2013).</p> <p>Mise en situation pouvant être réalisée que l'individu mentionne savoir se départir ou non de certaines possessions:</p> <p>« Si aujourd'hui je quittais avec tout ce qui se trouve sur vos meubles, sur votre divan, sur votre table de cuisine, etc. comment vous sentiriez-vous? Qu'est-ce que cela vous ferait vivre? »</p>
--	---	--

Annexe III

Techniques spécifiques pour susciter le discours-changement

TECHNIQUES	Tâches de l'intervenant
<p>1. OU – Les questions OUvertes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Poser des questions qui ne peuvent être répondues par OUI ou NON. ○ Favorise la participation de l'usager à la rencontre. ○ L'incite à explorer ses préoccupations, émotions, expériences traumatisantes vécues, etc. ○ Ce type de question amène l'usager à développer une motivation intrinsèque au changement puisqu'il se sent interpellé par le suivi et compris de l'intervenant (Rossignol, 2001). <p>Exemples de questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Parlez-moi des objets que vous accumulez... ○ Qu'aimez-vous le plus au sujet de vos possessions? ○ Quels sont les côtés positifs d'avoir autant d'objets? ○ Quel sont les côtés négatifs d'avoir autant d'objets? ○ Qu'est-ce qui vous inquiète? ○ Qu'est-ce qui cause problème ou pourrait en venir à causer problème? ○ Parlez-moi de ce que vous remarquez au sujet de l'accumulation d'objets... ○ Est-ce que vos habitudes ont changées depuis que vous avez commencé à accumuler certains objets? ○ Que dit votre entourage au sujet de votre environnement de vie? ○ Qu'est-ce qui semble les inquiéter? ○ Qu'est-ce qui vous fait penser qu'un changement serait positif? <p style="text-align: center;">Vous pouvez aussi vous inspirer des catégories suivantes (Rossignol, 2001)</p> <p>Quantité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Est-ce que l'accumulation augmente? Diminue? Stable? <p>Comportement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Est-ce que les comportements d'accumulation lui causent des problèmes avec le propriétaire du logement (lorsque locataire) ou la ville (lorsque propriétaire)? ○ Est-ce que ses comportements causent des inconvénients tels que : déménagements fréquents (expulsion), problèmes financiers, etc.?

<p>OU – Les questions OUvertes (suite)</p>	<p>Adaptation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Est-ce que l’usager a recours à l’accumulation d’objets pour « s’adapter » aux difficultés de la vie? Si oui, lesquelles? <p>Santé émotive :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Est-ce que l’usager se sent plus anxieux, coupable, troublé ou déprimé en raison des comportements d’accumulation (détresse psychologique)? ○ Comment les comportements d’accumulation influencent-ils son humeur? <p>Famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Quels effets les comportements d’accumulation ont sur la famille/l’entourage/voisinage? <p>Estime de soi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ses comportements d’accumulation influencent-ils son estime de soi? Comment? ○ L’usager se sent-il honteux, gêné, coupable, incontrôlable, etc.? <p>Santé physique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Est-ce que les comportements d’accumulation ont contribué à aggraver l’état de santé de l’usager; blessures (chutes), fatigue, mauvaises habitudes alimentaires, contamination alimentaire, difficultés respiratoires (condition de l’air), etc.? <p>Personnes significatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Que pensent les personnes significatives des comportements d’accumulation de l’usager?
<p>2. V – Valoriser/ renforcer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenez, complimentez, encouragez l’usager dans ses démarches. <p>Effets positifs chez l’usager:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Renforce le lien thérapeutique (l’alliance) 2. Rehausse le sentiment de compétence de l’usager 3. Promue une attitude de responsabilisation 4. Renforce l’émergence du discours-changement 5. Renforce l’estime de soi de l’usager <p>(Rossignol, 2001).</p> <p>Exemples de renforcements :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ J’apprécie vraiment que vous acceptiez de continuer à me recevoir chez vous. Cela semble difficile pour vous. ○ C’est super que vous arriviez à reconnaître les risques en lien avec l’état de votre milieu de vie et que vous vouliez y remédier avant que ça devienne un trop gros problème. ○ Vous avez des idées vraiment intéressantes. ○ Merci d’avoir aussi bien participé à la rencontre d’aujourd’hui. <p>** Les renforcements doivent être « sentis » et réalisés « naturellement ». S’ils semblent « forcés » vous brimez votre authenticité aux yeux de l’usager. (Rossignol, 2001).</p>

3. E – L'Écoute réflexive

- L'intervenant doit mettre l'accent sur les éléments à approfondir avec l'utilisateur.
- L'écoute réflexive consiste à retourner à l'utilisateur ce qu'il nous communique afin de l'inciter à valider ou infirmer ses dires tout en apportant des précisions au besoin.
- **Effets positifs chez l'utilisateur :**
 1. Se sent écouté
 2. Se sent compris
 3. Se sent accepté
 4. L'aide à apprendre à mieux se connaître (Rossignol, 2001).

Types de reflets : (Phaneuf, 2006)

A) La répétition:

La forme la plus simple.

Il s'agit de répéter un élément de ce que vient de dire l'utilisateur.

Ex. **Utilisateur :** Je n'y arriverai jamais!

Intervenant : Jamais...

B) Reformulation:

L'intervenant reste près de ce que vient de dire le client mais il le modifie légèrement ou reformule en utilisant des synonymes.

Exemple :

Utilisateur : C'est vrai que je ramène beaucoup d'objets à la maison et que ça prend de plus en plus de place... mais je ne pense pas avoir un problème d'accumulation.

Intervenant : D'un côté vous semblez avoir quelques préoccupations surtout au niveau de l'espace que prennent vos possessions. Or, de l'autre, vous ne voulez pas être étiqueté comme ayant « un problème ».

C) La paraphrase:

L'intervenant infère le sens de ce qui vient d'être dit, le reflète dans des mots nouveaux, ajoute ou étend ce qui vient d'être dit.

Exemple :

Utilisateur : Le propriétaire du logement me juge! Ils n'ont aucun droit de me dire comment vivre; quoi jeter et quoi garder. C'est ma vie!

Intervenant : Vous avez l'impression qu'il envahit votre vie privée et que ce n'est pas correct.

Utilisateur : Oui c'est ça! Il devrait me laisser tranquille. Je paie mon loyer... le reste ça me regarde.

<p>E – L'Écoute réflexive (suite)</p>	<p>D) Le reflet de sentiment: Tente de faire ressortir les émotions en lien avec ce qui fut mentionné</p> <p>Exemple : Usager : (Avec un trémolo dans la voix) Je ne peux rien jeter... et si j'en avais besoin un jour... Intervenant : Faire une erreur vous effraie et cela vous empêche de décider quoi jeter/donner.</p> <p>E) La sous-évaluation (Rossignol, 2001) : Permet à l'usager de clarifier sa pensée.</p> <p>Exemple : Usager : Les inspecteurs de la ville sont toujours sur mon dos! Intervenant : Ça vous agasse? Usager : Agasse n'est pas le mot! Ça m'enrage!</p> <p><u>ATTENTION :</u> la surévaluation à éviter = suscite le repli sur soi de l'usager. Il est préférable de sous-estimer et l'usager rectifiera « à la hausse ».</p> <p>Exemple : Usager : Ma fille est toujours sur mon dos avec le ménage! Intervenant : Cela vous enrage? Usager : Non, je n'irais pas jusqu'à dire cela... mais ça m'agresse</p>
<p>4. R – Résumer/ récapituler</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Au cours des rencontres il est aidant de faire de petits résumés de ce qui fut abordé (2-3 idées sans plus) (Rossignol, 2001). ○ À la fin de la rencontre il importe de récapituler globalement ce qui fut abordé au cours de la rencontre et d'aborder le devoir à réaliser d'ici la prochaine VAD. <ul style="list-style-type: none"> ○ Le devoir = déterminé par l'usager ○ L'intervenant fait des propositions (2-3) seulement si l'usager ne sait pas quel devoir réaliser; l'usager choisi parmi les propositions émises.

Les 4 niveaux de reconnaissance du discours-changement

1. La reconnaissance des **inconvéniens du statu quo**
2. La reconnaissance des **avantages du changement**
3. L'expression de l'**optimisme** concernant le changement
4. L'expression de l'**intention de changer**

Exemples de questions (Lécallier & Michaud, 2004)	
Inconvénients du statu quo	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui vous inquiète dans votre situation actuelle ? • Qu'est-ce qui fait que vous vous préoccupez de l'état de votre milieu de vie? • Quelles difficultés avez-vous eues en rapport avec votre milieu de vie? • Qu'est-ce qui, dans votre façon d'accumuler, vous inquiète, vous ou votre entourage ?
Avantages du changement	<ul style="list-style-type: none"> • Comment aimeriez-vous voir évoluer les choses ? • Quelles pourraient être pour vous les bonnes raisons de jeter ou donner certaines de vos possessions? • À quoi voudriez-vous que votre milieu de vie ressemble? • Et si par magie les choses changeaient dans l'instant, qu'est-ce qui s'améliorerait ?
Optimisme VS changement	<ul style="list-style-type: none"> • Si vous décidiez d'apporter des changements à votre milieu de vie, qu'est-ce qui vous fait penser que vous y arriveriez ? • Qu'est-ce qui vous encourage à penser que, si vous le souhaitez, vous pouvez changer ? • Sur une échelle de 1 sur 10, quelle importance accordez-vous à la modification de votre milieu de vie? • Sur une échelle de 1 sur 10, situez votre niveau de confiance à y parvenir?
Intention de changer	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que vous pensez de vos comportements d'accumulation en ce moment ? • Qu'est-ce que vous aimeriez essayer de faire ? • Que pensez-vous pouvoir faire ? • Qu'avez-vous l'intention d'entreprendre maintenant ?

Annexe IV

Techniques spécifiques
(Centre Psycho Solutions, 2005 et CSSS du Sud de Lanaudière, 2009)

Technique	Quand l'utiliser?	Comment l'utiliser? (tâche de l'intervenant)
<p>Questions relationnelles</p>	<p>Lorsque l'utilisateur...</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ A de la difficulté à nommer les actions qu'il pose. ○ A de la difficulté à se voir en action, nie ou banalise ses actions. <p>Lorsque ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'intervenant que veut que l'utilisateur constate les conséquences de ses comportements. ○ L'utilisateur est « visiteur » et qu'il est amené à consulter par une autre personne. ○ Lorsqu'on veut amplifier auprès de l'utilisateur l'impact du changement. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilisez le « comment » ou le « qu'est-ce que ». 2. Nommez la personne (« X »). 3. Verbe : dirait, décrirait, ou tout autre verbe descriptif. 4. Faites en sorte que l'utilisateur décrive une situation passée ou une situation dans le présent. <p>Le « que pensez-vous que ... X ... » pourrait aussi être utilisé.</p> <p>Exemples : Comment votre fille vous décrirait lorsque vous effectuez les tâches de triage?</p> <p>Qu'est-ce que votre fils dirait qui lui plaît dans vos nouveaux comportements?</p> <p>Qu'est-ce que votre mari dirait qui s'est le plus amélioré dans la situation?</p> <p style="text-align: center;">Gagnant avec les « visiteurs »</p>
<p>Décristallisation</p>	<p>Lorsque l'utilisateur...</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ A des croyances fixes et rigides (idées surévaluées). ○ N'a pas espoir que la situation puisse changer. 	<p>Reformulez les propos de l'utilisateur au besoin; nuancez positivement ce qu'il dit.</p> <p>Transformez ce qui suit...</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Toujours et jamais = très souvent et rarement. ○ Utilisez « ○ Modifiez le terme « problème » (étiquette) par « situation difficile » (ou toute autre terme plus positif) ○ Semez le doute; demandez à l'utilisateur de préciser ses croyances. ○ Parlez des difficultés au passé. ○ Parlez des solutions au présent + futur.

<p>Décrystallisation (suite)</p>		<p align="center">Décrystallisation</p> <p>Ne vous attendez toutefois pas à un effet immédiat! Patience !</p> <p>Exemples : Usager : Ma fille ne me demande jamais comment je vais... Intervenant : Votre fille s'inquiète tellement pour vous qu'elle oublie parfois de vous demander comment vous allez.</p> <p>Fille : Il n'y a rien qui change chez ma mère! Intervenant : Ça n'a pas encore changé autant que vous le souhaitez.</p> <p>Fils : Ce n'est plus pareil entre mon père et moi depuis qu'il vit dans un tel fouillis! Intervenant : Quand votre père accumulait compulsivement c'était pénible pour vous deux. Lorsqu'il arrivera à mieux contrôler certains comportements qu'est-ce qui se passera de différent?</p>
<p>Description « vidéo » du problème</p>	<p>Lorsque...</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'utilisateur n'est pas clair dans ses propos et que nous désirons avoir des exemples concrets de la situation difficile vécue. 	<p>Faites précisez, de façon concrète les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Qui est impliqué dans la situation dont il est question? ○ Que fait-il? Comment? ○ Combien de temps? ○ Qui réagit? Comment? ○ Quel est l'effet sur l'utilisateur? ○ Quel est l'effet sur autrui? <p>Exemple : Usager : Je perds le contrôle lorsque ma fille jette mes effets personnels. Pour qui elle se prend de venir me dire comment vivre dans ma propre maison?</p> <p>Intervenant : Décrivez-moi en détail, comme si je voyais un film (son + images), comment cela s'est passé la dernière fois que vous avez perdu le contrôle.</p> <p>Usager : Samedi dernier, ma fille est venue me visiter. À peine a-t-elle mis le pied dans la maison qu'elle commence à me critiquer et prend un grand sac de poubelle afin d'y jeter mes choses.</p> <p>Intervenant : Qu'avez-vous fait à ce moment?</p>

<p>Description « vidéo » du problème (suite)</p>		<p>Usager : Je me suis mise à crier et tenté de prendre le sac des mains de ma fille. Je lui ai dit de se mêler de ses affaires et de s'en aller.</p> <p>Intervenant : Comment a réagi votre fille?</p> <p>Usager : Elle m'a dit que ça n'a pas de bons sens de vivre dans une telle maison et que je ne peux pas me laisser aller à ce point. Elle est quittée par la suite.</p> <p>Intervenant : Qu'avez-vous fait à ce moment?</p> <p>Usager : J'étais épuisée. Je suis allée me coucher au salon et j'ai pleuré.</p> <p>Intervenant : Combien de temps avez-vous pleuré? À quoi pensiez-vous?</p> <p>Usager : J'ai pleuré au moins 30 minutes. Je pensais que ma fille me déteste et qu'elle ne me comprend pas. Elle veut que je jette des objets qui pourraient m'être utile un jour. Le gaspillage c'est inacceptable pour moi!</p> <p>Intervenant : Lorsque vous avez cessée de pleurer que s'est-il passé?</p> <p>Usager : Je suis allée ranger ce que ma fille avait tenté de jeter.</p>
<p>Normalisation</p>	<p>Lorsque...</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'usager a l'impression d'être seul avec son problème. ○ L'usager a peu d'espoir. ○ Lorsque les efforts demeurent infructueux. 	<p>L'usager a bien souvent besoin de se faire rassurer par rapport à ce qu'il vit.</p> <p>Cela permet de dédramatiser ce qui est vécu mais aussi, de faire saisir à l'usager qu'on comprend sa souffrance sans avoir à creuser davantage dans l'émotion.</p> <p>Comment?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Donnez de l'information sur ce qui est vécu. Ex. Le Dx. Derrière le comportement. <p>Exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ C'est tout à fait normal de vivre un inconfort lorsque...

<p>Recherche d'exceptions</p>	<p>Il est impossible qu'un problème soit présent 24/24 avec la même intensité.</p> <p>Il faut trouver les exceptions.</p> <p>Quand l'utiliser? Lorsque...</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ On veut faire réaliser à l'utilisateur les stratégies efficaces des moments sans problème. 	<p>Les exceptions sont présentes dans divers contextes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lorsque le problème vit une modification (durée, fréquence, intensité, moment, lieu, modalité d'expression, etc.) ○ Dans le passé de l'utilisateur; peut-être a-t-il eu des réussites face à la problématique par le passé. ○ Chez l'entourage; peut-être qu'un proche est parvenu à régler une situation similaire. ○ Dans les succès vécus avec d'autres intervenants. ○ Dans ce qui se passe dans la rencontre, etc. <p>Questions OU (ouvertes) types :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Parlez-moi des moments où il fut un peu plus facile pour vous de jeter certaines de vos possessions. ○ L'hiver dernier, vous me dites que votre appartement était mieux, qu'est-ce qui se passait de différent qui faisait que l'environnement était mieux? ○ Qu'est-ce qui est différent lorsque vous vivez moins d'anxiété? Pour vous? Pour votre entourage? ○ Comment faites-vous pour que cela arrive? ○ En continuant de faire cela croyez-vous que vous vous rapprochez de votre but?
<p>Identification et transfert des compétences</p>	<p>À utiliser à tout moment!</p> <p>L'utilisateur doit en venir à croire en ses capacités à affronter la vie.</p> <p>Encore plus indiqué avec les usagers qui...</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ont une faible estime d'eux-mêmes. ○ Ont eu une « vie difficile ». ○ Ont reçu une étiquette (stigmatisé) ○ Vivent un problème grave. 	<p>Identifiez les réalisations perçues comme étant positives par le client à l'extérieur du problème. Cela permettra de dégager les compétences de l'utilisateur et de les utiliser dans la recherche et la mise en action des solutions.</p> <p>Il importe de découvrir ce qui ne pose pas problème et de voir comment cela peut être utilisé pour veiller à résoudre la situation difficile.</p> <p>Comment?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demandez à l'utilisateur de nommer une activité, un loisir, une passion, etc. qu'il aime réaliser. 2. Demandez à l'utilisateur de décrire les actions posées pour y arriver. 3. Amenez l'utilisateur à identifier les qualités/valeurs/compétences requises pour accomplir cette activité. 4. Amenez l'utilisateur à nommer les gens qui sont témoins de cet accomplissement, de ces compétences, qualités, etc.

<p>La question d'empowerment</p>	<p>Lorsque...</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'utilisateur se met des barrières; il n'y arrivera jamais, il n'est pas assez bon, il n'est pas capable, il est trop nerveux, etc. ○ L'utilisateur a intégré un étiquette; je suis malade, je suis dépressif, je suis « x-y-z ». ○ L'utilisateur se soumet à des règles rigides de fonctionnement (ex. je ne peux rien jeter sinon...) ○ L'utilisateur se reconnaît peu de mérite dans ce qu'il fait de positif. 	<p>Semez le doute sur la croyance :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se pourrait-il que... ○ Vous me dites « x » mais je constate ... <p>Soulevez la compétence :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ J'ai pourtant observé que... ○ Vous m'avez pourtant mentionné être fier de... <p>Tout doit être utilisé de manière POSITIVE ici de manière à renforcer l'estime et l'espoir de l'utilisateur!</p> <p>Exemples : Qu'est-ce qui vous aide dans ce que vous faites déjà? Comment avez-vous su qu'il était temps de passer à l'action? Comment avez-vous su qu'il était temps de faire les choses différemment? Comment avez-vous su que cela fonctionnerait? Où avez-vous eu l'idée de procéder ainsi? Qu'est-ce qui vous fait dire qu'il serait positif de continuer ainsi?</p>
<p>La question qui présuppose</p>	<p>À utiliser en tout temps!</p> <p>Pourquoi?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pour que l'utilisateur s'engage dans le changement il doit avoir ESPOIR! 	<p>Posez des questions qui permettent à l'utilisateur de visualiser le changement en supposant que cela arrivera et que l'issue sera positive.</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Que souhaitez-vous comme changement? ○ Qu'est-ce qui se passera de différent dans votre vie lorsque la situation difficile sera résolue? ○ Comment savez-vous que notre suivi aura été utile? ○ Quels seront les premiers signes qui vous permettront de voir que les choses ont changées ou commencent à changer? ○ Quel effet le changement aura sur vous, sur votre entourage? ○ Comment votre fille, fils, mari, amie, etc. pourra se rendre compte que les choses ont changé pour le mieux pour vous?

<p>Question miracle</p>	<p>Lorsque...</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'alliance thérapeutique est créée. ○ L'utilisateur parle de plusieurs sujets outre le but de la VAD. ○ L'utilisateur parle peu. ○ L'intervenant est « perdu » dans la demande de l'utilisateur; manque de clarté. ○ L'intervenant veut déterminer les objectifs du PI. 	<p>Sert à projeter l'utilisateur dans le futur de manière à ce qu'il puisse visualiser et déterminer les objectifs auxquels s'attarder.</p> <p>Exemple : J'ai une drôle de question à vous poser... Supposons que ce soir, après notre rencontre, vous... (décrivez ce que fait habituellement l'utilisateur durant la journée) et vous allez vous coucher à l'heure habituelle. Pendant que vous dormez, un miracle se produit; la raison de notre suivi en lien avec la situation difficile est résolue. Quand vous vous réveillez...</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Que remarquez-vous de différent qui vous indique qu'un miracle s'est produit? ○ Que constate votre fille, fils, femme, mari, ami(e), etc. Quoi d'autre? ○ Que faites-vous? ○ Comment vous sentez-vous à ce moment? <p>La réponse doit être la plus concrète et détaillée possible.</p> <p>Lorsque l'utilisateur est ou semble en rechute, l'intervenant peut lui demander de se situer face à son miracle; est-ce que cela vous rapproche ou non de votre miracle?</p>
--------------------------------	--	--

Les « petits pas » Comment les définir et les évaluer? À l'aide des questions d'échelle

1. Utilisez les échelles (1 à 10)

- Définissez avec l'utilisateur ce que signifie 1 et ce que signifie 10
 - (1 = la pire situation, 10 = la situation souhaitée).

2. Demandez à l'utilisateur de se situer sur l'échelle.

- Demandez-lui ce qui justifie ce chiffre.
- Demandez-lui ce qu'on le voit réaliser à ce chiffre.
- Demandez-lui comment il est parvenu à ce chiffre?

3. Demandez à l'utilisateur quel sera le prochain « petit pas » qui lui permettrait d'avancer sur l'échelle.

- Demandez-lui ce qu'on le voit réaliser à ce chiffre.

Exemple de questions :

- Supposons que 10 = le point que vous aurez atteint quand la difficulté sera résolue et que 1 = le point où vous étiez lorsque la difficulté était à son pire. Où vous situez-vous présentement?
- Qu'est-ce qui vous fait dire que vous êtes à ex. 4 ?
- Que faites-vous pour rester à 4?
- Que faites-vous lorsque vous êtes à 4 et que vous ne faites pas lorsque vous êtes à 3?
- Demandez à l'utilisateur ce qu'il croit devoir faire pour avancer de 1 sur l'échelle.
- Supposons que lors de notre prochaine VAD vous vous situez à 5 plutôt qu'à 4, qu'est-ce que vous aurez fait pour y arriver?
- Lorsque l'utilisateur est très découragé, demandez-lui ce qui fait en sorte qu'il ne se situe pas plus bas sur l'échelle.
- Lorsque le chiffre « descend » ex. passe de 6 à 4 demandez-lui comment il explique le fait de ne pas être descendu plus bas.
- Qu'est-ce qui fait que vous êtes descendu seulement à 4 alors que vous étiez à 6?
- Lorsque le chiffre « descend » vous pouvez aussi demander à l'utilisateur ce qu'il a oublié de faire et qu'il faisait lorsqu'il était plus haut sur l'échelle.

Advenant une RECHUTE... (CSSS du Sud de Lanaudière, 2009)

- Prendre l'échelle comme point de départ.
- Déterminer le niveau actuel où se situe l'utilisateur.
- Utilisez l'échelle pour donner de l'espoir; rappelez-vous lorsque vous étiez à 8...
- Maintenant que vous êtes à 5... rappelez-vous quand vous étiez à 3... comment allez-vous faire pour demeurer à 5?

Annexe V

Exemple de canevas de plan de réduction des méfaits

Mon plan d'action

Fréquence des visites à domicile: _____

Fréquence des rencontres en équipe : _____

Entente entre (noms):

Objectif #1:

Moyen(s) ou actions :

_____ Responsable : _____
_____ Responsable : _____
_____ Responsable : _____
_____ Responsable : _____

Ressources nécessaires : _____

Résultat attendu : _____

Échéance : ____ / ____ / ____

Objectif #2:

Moyen(s) ou actions :

_____ Responsable : _____
_____ Responsable : _____
_____ Responsable : _____
_____ Responsable : _____

Ressources nécessaires : _____

Résultat attendu : _____

Échéance : ____ / ____ / ____

Signatures :

_____ Date : ____ / ____ / ____
_____ Date : ____ / ____ / ____
_____ Date : ____ / ____ / ____
_____ Date : ____ / ____ / ____

Annexe VI

Avis du comité d'éthique

AVIS DU COMITÉ D'ÉTHIQUE
DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE PORTNEUF
SUR LES INTERVENTIONS AUPRÈS DES PERSONNES
ATTEINTES DU SYNDROME DE DIOGÈNE

La demande de consultation

L'équipe de santé mentale du CLSC est parfois sollicitée afin qu'elle intervienne auprès d'individus accumulant des quantités considérables d'objets hétéroclites. Ce comportement a usuellement pour effet d'engendrer des conditions de vie insalubres. On désigne ce comportement par l'expression « syndrome de Diogène ». Or, l'une des caractéristiques de ce syndrome est le refus de la personne à l'égard de toute forme d'intervention.

Lors de sa réunion du 20 septembre 2004, le Comité d'éthique a reçu une demande de consultation formulée par l'équipe de santé mentale concernant ses interventions auprès de personnes atteintes du « syndrome de Diogène ». Le Comité d'éthique est appelé à se pencher sur les trois questions suivantes :

1. Qu'est-ce que le syndrome de Diogène?
2. En quoi est-ce un problème pour les intervenants?
3. Comment intervenir et jusqu'où l'on pousse l'intervention?

Nous répondrons à la première question dans la partie portant sur l'aspect clinique. La seconde question sera abordée dans la partie portant sur les préoccupations des intervenants. Nous discuterons de la troisième question dans les parties concernant l'aspect juridique, l'aspect éthique et la conduite à tenir.

L'aspect clinique

Le syndrome de Diogène ne fait pas l'objet d'un diagnostic de maladie mentale. Il s'agit d'un trouble du comportement qui se manifeste par du collectionnisme, « besoin pathologique de rassembler des objets hétéroclites et sans valeur marchande » (*Grand Usuel Larousse*). Dans le collectionnisme, la relation à l'objet est déviante, mais son appropriation est normale. Le syndrome de Diogène comporte les caractéristiques suivantes :

- l'insalubrité du milieu ou de l'habitation (syllogomanie ou collectionnisme de déchets);
- une négligence sévère concernant l'hygiène corporelle et les soins de santé;
- l'isolement ou le retrait social;
- un sans-gêne quant à la condition de vie;
- un refus de l'aide proposée.

Le syndrome de Diogène est dit « primaire » lorsqu'il concerne seulement le mode de vie; il est appelé « secondaire » lorsqu'il est associé à une pathologie. Voici des exemples de pathologies pouvant lui être associées :

- schizophrénie ou troubles de l'humeur;
- éthylysme;
- trouble délirant;
- déficience intellectuelle;
- syndrome frontal (démence ou autre).

Les préoccupations des intervenants

Le suivi effectué auprès des personnes atteintes du syndrome de Diogène pose divers problèmes. Les intervenants expliquent devoir naviguer entre leurs propres valeurs, la perception et les demandes des proches ou de l'entourage du client, et le respect du choix de vie du client. En termes d'éthique, ce type de questionnement concerne le respect de l'autonomie personnelle du client et le principe de bienfaisance qui doit toujours guider les interventions des professionnels de la santé.

Les intervenants expriment aussi une préoccupation de nature juridique dans la question de savoir jusqu'où il est nécessaire de poursuivre une intervention pour se placer à l'abri d'un reproche de négligence à l'égard d'un client.

Les intervenants se sentent déchirés entre leur conscience professionnelle qui leur demande d'apporter une aide et le refus du client de recevoir cette aide. Ainsi, ils veulent éviter que des clients deviennent des itinérants s'ils sont expulsés de leur logement. Les intervenants tentent certaines interventions pour amener une modification des comportements qu'ils estiment nuisibles. Cependant, si le client maintient son refus d'agir et d'être aidé, sa volonté prévaut s'il est considéré apte à consentir.

Enfin, dans l'hypothèse où un client est mis à la porte du logement qu'il loue, l'intervenant a-t-il une obligation de dire la vérité aux propriétaires de logements qu'il approche afin de trouver un nouveau logement à son client?

L'aspect juridique

L'exposé sur l'aspect juridique doit couvrir quelques dimensions : le consentement aux soins et le refus de soins, dont le refus d'hébergement, l'obligation de moyens et l'obligation de résultat, ainsi que les obligations légales du locateur d'un logement.

Le consentement libre et éclairé

Toute dispensation de soins requiert que la personne, à laquelle on destine ces soins, ait préalablement exprimé un consentement libre et éclairé, nous dit l'article 10 du *Code civil du Québec*. Les exceptions au principe du consentement libre et éclairé, dont le cas d'urgence, sont prévues dans la loi.

Le principe général applicable à une personne atteinte du syndrome de Diogène est donc l'obligation d'obtenir son consentement avant de lui prodiguer des soins. Supposons que des intervenants estiment nécessaire qu'une personne soit placée en hébergement. Puisque l'hébergement est une forme de soin, il requiert l'expression préalable d'un consentement libre et éclairé.

Le patient majeur et apte dispose du droit de consentir aux soins et de les refuser. Dans l'hypothèse où un patient majeur et apte refuserait une offre d'hébergement, sa volonté devrait être respectée.

Par ailleurs, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) veut faciliter une prise de décision lucide et, autant que possible, une participation de la personne au choix des soins qui lui sont dispensés. L'article 8, alinéa 1 de cette loi, mentionne la nécessité d'informer le patient sur son état de santé ainsi que sur les différentes possibilités d'intervention qui s'offrent à lui :

« Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant ».

L'exercice du droit au consentement libre et éclairé impose une obligation aux intervenants en ce qu'il requiert de l'équipe soignante qu'elle informe adéquatement l'usager.

Le consentement substitué

La question de savoir si l'hébergement serait une mesure indiquée pour une personne atteinte du syndrome de Diogène risque de se présenter fréquemment dans des contextes d'aptitude déficiente ou variable, ou encore dans des contextes de franche inaptitude. Si la personne concernée est inapte, le consentement aux soins est donné par une autre personne, détentrice de ce qu'on appelle le consentement substitué. L'aptitude dont il s'agit ici n'est pas une aptitude par rapport à la vie en général, mais plutôt une aptitude spécifique et précise qui se rapporte à la capacité de comprendre l'enjeu soulevé par l'état du patient en relation avec l'intervention proposée, dans ce cas-ci un hébergement.

Il faut remarquer que le refus de se soumettre à l'intervention proposée, dans ce cas-ci l'hébergement, ne signifie en rien que l'auteur du refus est inapte.

La démonstration de l'inaptitude ne se fait pas en prouvant que la personne ne comprend pas, mais en prouvant qu'elle ne dispose pas de la capacité de comprendre. Dans un jugement rendu en 1994, la Cour d'appel du Québec a décidé de retenir les critères d'évaluation de l'aptitude contenus dans une législation de la Nouvelle-Écosse. Voici ces critères d'évaluation, exprimés sous la forme de cinq questions :

6. La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé?
7. La personne comprend-elle la nature et le but du traitement?
8. La personne saisit-elle les risques et les avantages du traitement si elle le subit?
9. La personne comprend-elle les risques de ne pas suivre le traitement?
10. La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie?

L'article 11 du *Code civil du Québec* établit la possibilité de recourir au consentement substitué si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement:

« Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer ».

Il est vraisemblable qu'une personne socialement isolée et atteinte du syndrome de Diogène ne vive sous aucun régime de protection. Lorsqu'il n'existe aucun régime de protection, le consentement doit venir de l'une des personnes suivantes, par ordre de priorité :

1. Le conjoint du majeur inapte, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait;
2. Un proche parent lié par le sang ou par alliance;
3. Une personne démontrant un intérêt particulier pour le majeur inapte.

Le refus de l'hébergement

Cependant, il est probable que la personne concernée refuse l'offre d'hébergement. Dans ce cas, si la personne est inapte à prendre ce type de décision, il est possible que le tribunal lui impose de se soumettre à des soins, dont un hébergement. L'article 16 du *Code civil du Québec* permet ce recours :

« L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de quatorze ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit ».

On doit, dans les cas suivants, obtenir l'autorisation du tribunal pour dispenser des soins requis par l'état de santé de la personne inapte :

- il existe un empêchement ou un refus injustifié de la part de celui qui peut consentir pour la personne;
- la personne refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

En droit, l'aptitude est présumée. Il incombe donc à celui qui invoque l'inaptitude de démontrer ce fait.

L'obligation de moyens et l'obligation de résultat

Dans le contexte d'une intervention de type psychosocial auprès d'une personne atteinte du syndrome de Diogène, l'obligation des professionnels de la santé est une obligation de moyens, non pas une obligation de résultat. Les soins à prodiguer doivent être autres que des soins quelconques; les soins doivent être conformes à l'état des connaissances actuelles et dispensés avec une habileté correspondant à ce qu'on peut attendre du professionnel raisonnablement prudent et diligent. Cependant, les intervenants n'ont certes pas une obligation juridique d'obtenir que le client adopte un mode de vie parfaitement sanitaire. Lorsque la personne visée est majeure et apte, elle dispose du droit d'accepter ou de refuser à sa guise les soins proposés. Les intervenants ne peuvent donc pas être soumis à une obligation de résultat.

Les obligations légales du locataire d'un logement

Les obligations légales du locataire d'un logement sont contenues dans quelques dispositions du *Code civil du Québec*. Certaines de ces dispositions attirent notre attention, car elles sont particulièrement susceptibles de s'appliquer dans les circonstances que nous avons décrites. Selon l'article 1855, le locataire doit utiliser le logement avec prudence et diligence. L'article 1911 requiert du locataire qu'il maintienne le logement « en bon état de propreté ». Le locataire doit aussi respecter les lois relatives à la sécurité et à la salubrité du logement. Enfin, l'article 1860 impose au locataire « de se conduire de manière à ne pas troubler la jouissance normale des autres locataires ». Une illustration de négligence quant à cette obligation concerne les odeurs pouvant émaner d'un lieu mal entretenu et qui ont pour effet de priver les autres locataires de jouir normalement de leur logement. Le locateur peut demander la résiliation du bail qui le lie à un locataire dont le comportement prive les autres locataires d'une jouissance normale des lieux.

L'aspect éthique

Selon le principe d'autonomie, les professionnels de la santé doivent intervenir d'une façon qui respecte les valeurs et les décisions du client. Le rappel est d'autant plus pertinent que les cas de syndrome de Diogène constituent une illustration éloquent de la distinction que les professionnels doivent effectuer entre leurs valeurs personnelles et leurs valeurs professionnelles, notamment par rapport à ce qui est acceptable ou non sur le plan de l'hygiène corporelle et de la propreté d'une habitation.

Dans les situations complexes comme celles que présentent habituellement les personnes atteintes du syndrome de Diogène, la tentation peut être forte d'intervenir pour simplifier la vie des proches et celle des professionnels de la santé. Or, le bien-être de la personne aidée étant la justification fondamentale de toute intervention, ce bien-être doit demeurer l'objet essentiel des préoccupations chez les intervenants.

Selon le principe de bienfaisance, une attitude interventionniste est justifiée lorsque l'autonomie du client est altérée et que ses décisions ou ses actions compromettent son bien-être. Dans le syndrome de Diogène, il se peut que, en raison d'atteintes cognitives, la volonté exprimée par le client ne manifeste pas véritablement son autonomie et qu'elle ne participe pas à son bien-être. La volonté supplétive des intervenants ou des proches du client est alors recevable.

La justice interdit à toute personne d'adopter des comportements qui présentent un risque pour la sécurité ou le bien-être d'autrui. L'exercice légitime de l'autonomie personnelle ne permet pas de nuire à autrui. Les intervenants qui constatent l'existence d'un comportement dangereux pour d'autres personnes ont la responsabilité de prévenir les services publics dont le mandat est de faire cesser ce comportement.

Le respect de l'autonomie, même résiduelle, devrait prévaloir tant que la sécurité et le bien-être de la personne visée ou d'autrui ne sont pas compromis. On devrait adopter une attitude interventionniste dans les circonstances suivantes:

- le client est atteint d'un trouble mental ou présente un tableau de dysfonction cognitive qui le rend inapte à prendre des décisions à propos de sa personne;
- la sécurité du client est compromise: risques d'incendie, d'accident, de maladie;
- la sécurité et le bien-être de l'entourage sont menacés, notamment par une certaine anxiété face aux risques d'incendie et d'accident, ou encore à cause des odeurs nauséabondes ou de la possibilité de contracter toutes sortes de maladies.

La conduite à tenir

Face à un client présentant un syndrome de Diogène, l'intervenant doit d'abord préciser si la situation présente un caractère urgent ou non. Ainsi, existe-t-il un risque suicidaire, une atteinte grave à la sécurité, par exemple un risque important d'incendie, ou une maladie aiguë surajoutée, comme une infection grave?

S'il n'y a pas d'urgence, l'intervenant doit tenter de préciser s'il s'agit d'un syndrome de Diogène primaire ou secondaire. Il est possible d'établir cette différence par une évaluation psychosociale (histoire psychosociale) et une évaluation médicale et/ou psychologique. L'examen de la situation permettra aussi de préciser «qui a le problème»: le client, sa famille, ses amis, le propriétaire du logement, les voisins, les services municipaux ou les intervenants.

Cette évaluation et la prise en charge du client requièrent un travail d'équipe. Si le syndrome de Diogène s'avère secondaire, un traitement médical devrait être instauré. Dans le cas d'un syndrome de Diogène primaire, l'intervenant devra établir et maintenir une alliance avec le client et favoriser un cheminement tout en respectant les droits du client.

L'intervenant devrait anticiper un suivi à long terme, puisque le syndrome de Diogène est une condition chronique. L'intervenant doit aussi s'attendre à un cheminement difficile, et s'engager dans des actions dont les objectifs sont réalistes. Le niveau de difficulté prévisible invite l'intervenant à trouver un soutien professionnel dans son environnement, de manière à partager le fardeau de ce suivi.

La question de savoir si le client est apte ou non à prendre les décisions qui concernent sa personne et sa santé est cruciale pour établir une relation d'aide adaptée à la personnalité du client. Dans l'hypothèse où le client serait inapte, les dispositions de la loi permettent de désigner la personne qui prendra les décisions pour ce client. Par contre, si le client est apte, l'intervenant devrait adopter une conduite qui s'inspire des balises suivantes :

- agir avec diplomatie, c'est-à-dire adopter une attitude qui évite la confrontation;
- respecter l'autonomie du client, même s'il ne semble pas toujours en faire un usage judicieux;
- identifier quelques objectifs d'intervention et s'en tenir à ces objectifs;
- éviter de s'engager dans une «réforme globale» des habitudes de vie du client, mais privilégier la résolution de problèmes ponctuels;
- favoriser l'alliance avec le client en évitant les démarches réalisées à son insu;
- accompagner le client confronté aux limites de son environnement et l'aider dans ses démarches pour trouver un nouveau logement dans l'hypothèse d'une éviction;
- dispenser l'aide au client sans compromis au niveau de l'intégrité professionnelle. Par exemple, l'intervenant ne devrait pas mentir au propriétaire d'un logement pour protéger son client.

Les intervenants cherchent donc d'abord à convaincre le client des bénéfices de conditions minimales d'hygiène sur son état de santé global. Ils tentent également de favoriser graduellement sa socialisation. Si le client hésite ou refuse, ils examinent ses appréhensions afin d'y répondre. Ils tiennent compte, autant qu'il est raisonnablement possible de le faire, des préférences du client concernant l'organisation de sa vie quotidienne.

Une panoplie d'interventions peut être tentée via des approches communautaires, globales, participatives, multidisciplinaires impliquant les différents intervenants du réseau de la santé et des ressources du milieu comme les personnes significatives du réseau social du client, si c'est possible, ainsi que les organismes communautaires.

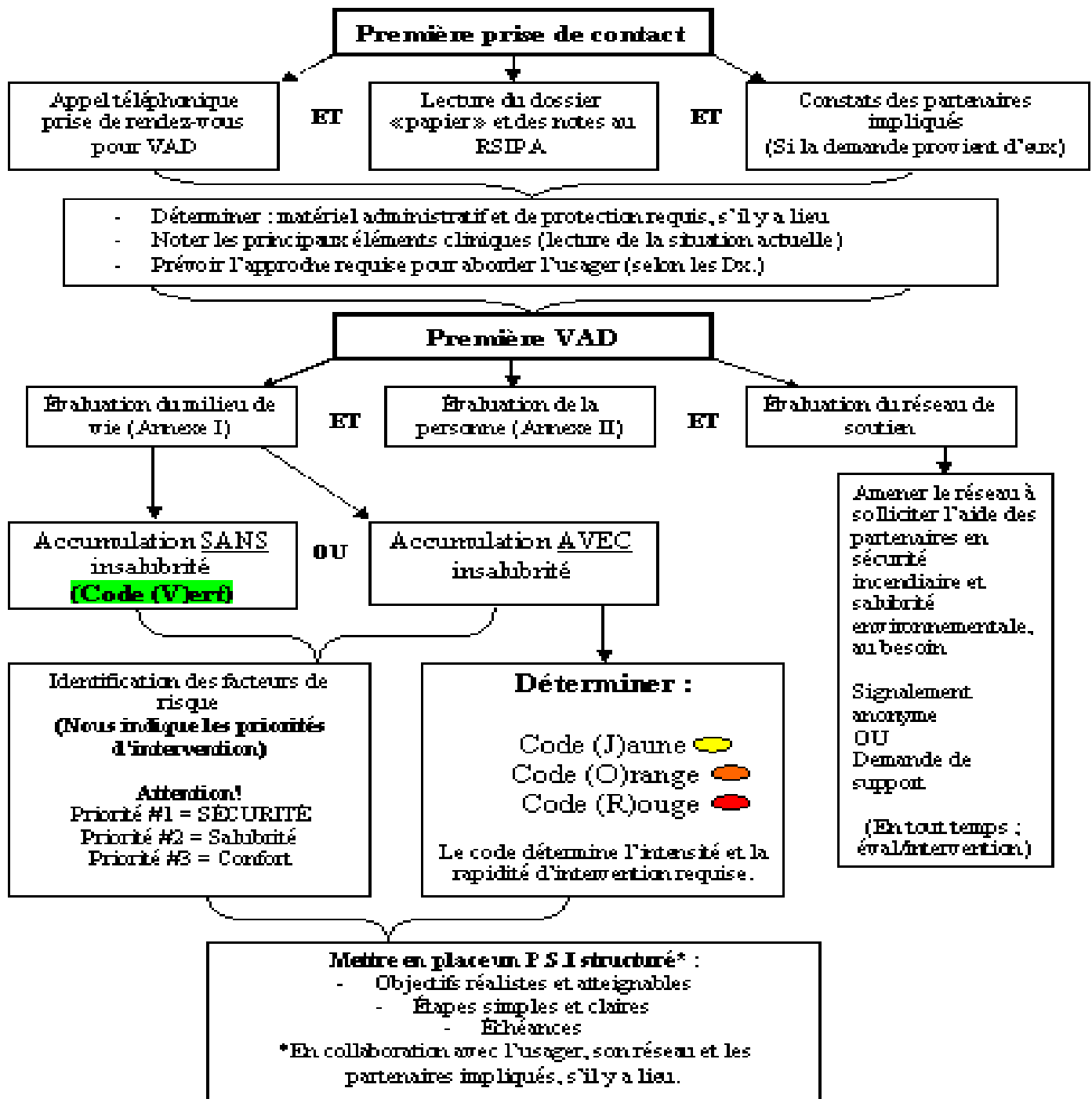
La concertation entre ces différents intervenants est très importante pour établir un plan d'intervention comportant des attentes réalistes. Il ne faut surtout pas songer réformer un tel client suivant le modèle de la perfection dans les habitudes de vie. Mais il faut se centrer sur les mêmes objectifs et s'en tenir au plan initial. L'idéal serait de convenir d'une entente avec le client pour la modification d'un seul comportement à la fois, en l'informant des conséquences en cas de non-respect de l'entente.

Comité d'éthique
2005 01 17

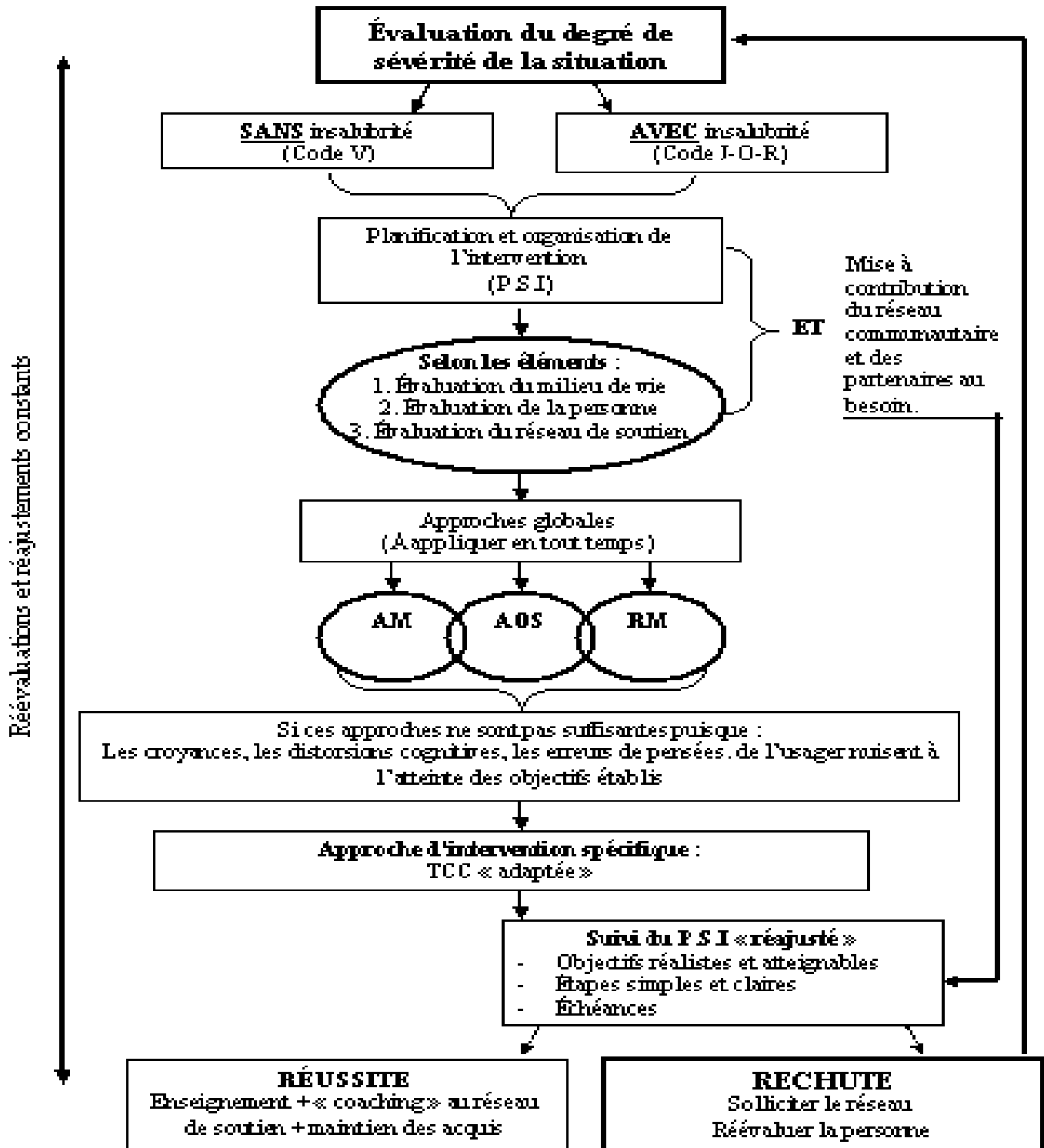
Annexe VII

Récapitulatifs : Processus d'évaluation et d'intervention

Récapitulatif - Processus d'évaluation



Récapitulatif – Processus d'intervention



BIBLIOGRAPHIE

ET

RÉFÉRENCES

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE. *Insalubrité morbide, syndrome de Diogène et santé publique*, Mars 2005, 29 pages.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE & VILLE DE QUÉBEC. *Entente de collaboration intersectorielle dans les situations d'insalubrité morbide*, Juin 2008.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES & VILLE DE LÉVIS. *Document d'information dans le cadre de l'entente de collaboration dans les situations d'insalubrité morbide*, Juillet 2009.

ASSSTSAS & AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES. *Guide de prévention*, Interventions à domicile, Situations d'insalubrité morbide, 2012, 62 pages.

CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE LA MONTAGNE. *Guide d'intervention dans les cas d'insalubrité*, Octobre 2009, 56 pages.

CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE. *Au-delà de l'encombrement ou de l'insalubrité morbide, la rencontre d'une personne et les conditions d'interventions*, 2013, 56 pages.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Code de déontologie des médecins*, Code des professions, article 20. Juillet 2010.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. « *Les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec* ». ALDO-QUÉBEC Partie 2 – B LE SECRET PROFESSIONNEL. 6.1 La raison impérative et juste, page 145.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Code civil du Québec*, Chapitre premier de l'intégrité des personnes – section i : Des soins, articles 11 et 12.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*, Code des professions (L.R.Q., c. C-26, a. 87), 14 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé de santé et les services sociaux*, L.R.Q., Chapitre S-4.2, 1^{er} novembre 2011.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé de santé et les services sociaux*, Information sur la Loi sur la protection des personnes L.R.Q., Chapitre S-4.2, 1^{er} novembre 2011.

KNECHT, Thomas. *Le syndrome de diogène d'un point de vue gériatrique...*, Forum Med Suisse, 2007, p. 839-845

NEZIROGLU,F, BUBRICK J, YARYURA-TOBIAS. *Overcoming compulsive hoarding : why you save & how you can stop*

O'CONNOR, ST-PIERRE-DELORME, KOSZGI. *Entre monts et merveilles : comment reconnaître et surmonter l'accumulation compulsive*, Éditions multimondes, 2012, 107 pages

TOLIN, D.F. Buried in treasures: help for compulsive acquiring, saving and hoarding.

RÉFÉRENCES

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX LAURENTIDES. *L'insalubrité morbide; quand l'insalubrité menace*. Publication de la direction de la santé publique : (2011)
- ANETZBERGER, G, MITCHELL, B, AND MIXSON, P. National Committee for the Prevention of Elder Abuse symposium on self-neglect: building a coordinated response. *Victimization of the Elderly & Disabled* (2008) Vol.10, no 6, 81.
- Ayers, C. R., Wetherell, J., Golshan, S., & Saxena, S. (2011). Cognitive-behavioral therapy for geriatric compulsive hoarding. *Behaviour Research And Therapy*, 49(10), 689-694. doi:10.1016/j.brat.2011.07.002
- BADR, A, HOSSAIN, A, AND IQBAL, J. Diogenes syndrome: when self-neglect is nearly life threatening. *Clinical Geriatrics* (2005) Vol.13, no 8, 10-13.
- BALLARD, J. « Legal implications regarding self-neglecting community-dwelling adults: a practical approach for the community nurse in Ireland ». *Public Health Nursing*, Vol.27, no 2, 2010, p.181-187.
- BEAUCHET O. , IMLER D. , AND CADET L. Le syndrome de Diogène en gériatrie: Discussion f propos de trois observations. *L'Année gérontologique* (Ed. française) A. 2003, vol. 17, n° 1, pp. 179-191
- BOYD,AM AND ALEXANDER,J. *Diogenes' syndrome and intellectual disability: an uncommon association or under diagnosed* . *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* (2010) Vol.44, no 5, 488-489.
- Boulanger, G. (2011). *L'efficacité des traitements et la motivation au changement*. Communication présentée dans le cadre du cours PSE-1068. Université du Québec à Trois-Rivières.
- CAMPBELL, H, TADROS, G, HANNA, G, AND BHALERAO, M. Diogenes syndrome: frontal lobe dysfunction or multi-factorial disorder? *Geriatric Medicine* (2005) Vol.35, no 3, 77-79.
- Centre Dollard-Cormier. (2009). *La motivation, quelque chose qui se construit*. Cahier de formation. Récupéré à : <http://www.centredollardcormier.qc.ca/cdc/pub/cahier%20formation%20la%20motivation.pdf>
- Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière. (2009). *Formation à l'intervention orientée vers les solutions*.
- Centre Psycho Solutions. (2005). *L'approche orientée vers les solutions, l'expression d'une vision différente*. Repéré à : http://www.psychosolutions.qc.ca/documents/resume_formation_base_approche_orientee_solutions

- CHOI, NG, KIM,J, AND ASSEFF, J. *Self-neglect and neglect of vulnerable older adults: reexamination of etiology*. Journal of Gerontological Social Work (2009) Vol.52, no 2, 171-187.
- DAY, MR AND LEAHY-WARREN, P. Self-neglect 1: recognising features and risk factors. Nursing Times (2008) Vol.104, no 24, 26-27.
- DAY, MR AND LEAHY-WARREN, P. Self-neglect 2: nursing assessment and management. Nursing Times (2008) Vol.104, no 25, 28-29.
- DAY, MR, *Self-neglect: a challenge and a dilemma*. Archives of Psychiatric Nursing (2010) Vol.24, no 2, 73-75.
- DAYTON, CO. Government intervention in self-care. Victimization of the Elderly & Disabled (2006) Vol.8, no 5, 65.
- Deappen, J-F., Fortini, C. (2011). L'entretien motivationnel?: Développements récents. *Médecine et hygiène*,(3)31, 159-165. doi : 10.3917/psys.113.0159
- DICK, C. Self-neglect: Diogenes syndrome and dementia. Kansas Nurse (2006) Vol.81, no 9, 12-13.
- DONG, X AND GORBIEN, M. Decision-making capacity: the core of self-neglect. Journal of Elder Abuse & Neglect (2005) Vol.17, no 3, 19-36.
- DONG,X,SIMON, M, BECK, T. AND EVANS, D. Across-sectional population-based study of elder self-neglect and psychological, health, and social factors in a biracial community. Aging & Mental Health (2010) Vol.14, no 1, 74-84.
- Foldes-Busque G, Marchand A, & Landry P. (2007). L'évaluation et le traitement du trouble panique avec ou sans agoraphobie. Mise à jour. *Le Médecin de Famille Canadien*, 2007;53:1686-1693
- Frost, R. O., Hartl, T. L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behavioral research theory*, (4)34, 341-350.
- FROST, R. O., Tolin, D. F., & Maltby, N. (2010). Insight-related challenges in the treatment of hoarding. *Cognitive And Behavioral Practice*, 17(4), 404-413. doi:10.1016/j.cbpra.2009.07.004
- Gagnon, D. (n.d.). *La respiration diaphragmatique*. Récupéré à: http://www.montrealcbtpsychologist.com/userfiles/373150/file/French/La_respiration_diaphragmatique.pdf
- GIBBONS, S. Primary care assessment of older adults with self-care challenges. Journal for Nurse Practitioners (2006) Vol.2, no 5, 323-328.

- GIBBONS, SW. Characteristics and behaviors of self-neglect among community-dwelling older adults.(2007)
- GIBBONS,SW. *Theory synthesis for self-neglect: a health and social phenomenon*. Nursing Research (2009) Vol.58, no 3, 194-200.
- GIBSON, A. K., Rasmussen, J., Steketee, G., Frost, R., & Tolin, D. (2010). Ethical considerations in the treatment of compulsive hoarding. *Cognitive And Behavioral Practice*, 17(4), 426-438. doi:10.1016/j.cbpra.2009.06.008
- GUNSTONE, S. Risk assessment and management of patients whom self-neglect: a 'grey area' for mental health workers. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* (2003) Vol.10, no 3, 287-296.
- JACKSON, GA. Diogenes syndrome -- how should we manage it?. *Journal of Mental Health* (97) Vol.6, no 2, 113-116.
- Joanisse, M. (n.d.). *Thérapie cognitive-comportementale : Qui? Quand? et Comment? Techniques de base*. Récupéré à: http://www.hopitalmontfort.com/sites/default/files/PDF/j0116_mc_joanisse_tcc-2_v2.pdf
- JOLLEY, D AND READ, K. *Diogenes syndrome*. *International Journal of Geriatric Psychiatry* (2009) Vol.24, no 7, 778-779.
- LAUDER, W, ANDERSON, I, AND BARCLAY, A. A framework for good practice in interagency interventions with cases of self-neglect. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* (2005) Vol.12, no 2, 192-198.
- LAUDER, W, ANDERSON, I, AND BARCLAY, A. Sociological and psychological theories of self-neglect. *Journal of Advanced Nursing* (2002) Vol.40, no 3, 331-338.
- LAUDER, W, ANDERSON, I, AND BARCLAY, A. Housing and self-neglect: the responses of health, social care and environmental health agencies. *Journal of Interprofessional Care* (2005) Vol.19, no 4, 317-325.
- LAUDER, W, LUDWICK, R, ZELLER, R, AND WINCHELL, J. Factors influencing nurses' judgements about self-neglect cases. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* (2006) Vol.13, no 3, 279-287.
- LAUDER, W,ROXBURGH, M.HARRIS, J, AND LAW,J. *Developing self-neglect theory: analysis of related and atypical cases of people identified as self-neglecting*. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* (2009) Vol.16, no 5, 447-454.
- LAUDER, W. The utility of self-care theory as a theoretical basis for self-neglect... including commentary by Orem DE. *Journal of Advanced Nursing* (2001-) Vol.34, no 4, 545-553.

- LEFF, EW AND SONSTEGARD-GAMM, J. The home care team approach to self-neglecting elders. *Home Healthcare Nurse* (2006) Vol.24, no 4, 249-257.
- LÉON, Virginie. Le syndrome de Diogène : négligence de l'hygiène corporelle, de l'habitat, et syllogomanie . *Repères en gériatrie*, 2006, vol. 8 (66 (déc.)), p. 413-417.
- Lécallier, D., et Michaud, P. (2004). *L'entretien motivationnel. Une évolution radicale de la relation thérapeutique.* Récupéré à : <http://www.entretienmotivationnel.org/medias/AFDEM-article-presentation-Lecallier-Michaud-2004.pdf>
- Levasseur, E., et Lebocey, L. (2005). *L'entretien motivationnel pour préparer le changement.* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de CAEN Basse-Normandie. Faculté de Médecine. Récupéré à : <http://www.unicaen.fr/ufr/medecine/formation/du/dualcoologie/mem-du-alc-12-05.pdf>
- Mailloux, C. (2011). *Relation d'aide.* Communication présentée dans le cadre du cours PSE-1053. Université du Québec à Trois-Rivières.
- MCDERMOTT,S, LINAHAN, K AND SQUIRES, BJ . *Older people living in squalor: ethical and practical dilemmas.* *Australian Social Work* (2009) Vol.62, no 2, 245-257.
- MCDERMOTT, S. The devil is in the details: self-neglect in Australia. *Journal of Elder Abuse & Neglect* (2008) Vol.20, no 3, 231-250.
- MEDLEY, A. N., Capron, D. W., Korte, K. J., & Schmidt, N. B. (2013). Anxiety sensitivity: A potential vulnerability factor for compulsive hoarding. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(1), 45-55. doi:10.1080/16506073.2012.738242
- MILLER, W., et Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement.* 241 pages. InterEditions, Paris, 2006.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1997). L'approche de réduction des méfaits : sources, situations, pratiques. Récupéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/redumef.pdf>
- MIRANDA, I. I. (2012). Coping styles of compulsive hoarders and their relationship to psychological distress. *Dissertation Abstracts International*, 72, 6415.
- MURRAY, B. Diogenes syndrome. *BMJ: British Medical Journal* (2008) Vol.337, no 7682, 1344.
- NAIK, AD, PICKENS, S, BURNETT, J, LAI, JM, AND DYER, CB. Assessing capacity in the setting of self-neglect: development of a novel screening tool for decision-making capacity. *Journal of Elder Abuse & Neglect* (2006) Vol.18, no 4, 79-91.
- PAVLOU, MP AND LACHS, MS. Could self-neglect in older adults be a geriatric syndrome? *Journal of the American Geriatrics Society* (2006) Vol.54, no 5, 831-842.

- PAYNE, BK AND GAINEY, RR. Differentiating self-neglect as a type of elder mistreatment: how do these cases compare to traditional types of elder mistreatment? *Journal of Elder Abuse & Neglect* (2005) Vol.17, no 1, 21-36.
- POYTHRESS, EL, BURNETT, J, NAIK, AD, PICKENS, S, AND DYER, CB. Severe self-neglect: an epidemiological and historical perspective. *Journal of Elder Abuse & Neglect* (2006) Vol.18, no 4, 5-12.
- Psychomédia. (2006). *18 schémas cognitifs inadaptés qui contribuent aux troubles de la personnalité*. Récupéré à: <http://www.psychomedia.qc.ca/trouble-de-la-personnalite/schemas-precoces-inadaptes-modele-cognitif>
- Psychomédia. (2007). *Qu'est-ce que les pensées automatiques et les schémas cognitifs?* Récupéré à: <http://www.psychomedia.qc.ca/fonctionnement-psychologique/2007-09-01/qu-est-ce-que-les-pensees-automatiques-et-les-schemas-cognitifs>
- Psychomédia. (2013). *Définition: Distorsion cognitive*. Récupéré à: <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/distorsion-cognitive>
- RAMSEY-KLAWSNIK, H. Assessment and intervention considerations in response to self-neglect allegations. *Victimization of the Elderly & Disabled* (2006) Vol.8, no 6, 83.
- RAMSEY-KLAWSNIK, H. Dynamics of self-neglect, part I. *Victimization of the Elderly & Disabled* (2006) Vol.8, no 5, 69.
- Rector, A. N. (2010). *La thérapie cognitivo-comportementale. Guide d'information*. Récupéré à: http://knowledgex.camh.net/amhspecialists/resources_families/Documents/cbt_guide_fr.pdf
- REYES-ORTIZ, CA. Diogenes syndrome: the self-neglect elderly. *Comprehensive Therapy* (2001) Vol.27, no 2, 117-121.
- REYES-ORTIZ, CA. Neglect and self-neglect of the elderly in long-term care. *Annals of Long Term Care* (2001) Vol.9, no 2, 21-24.
- Rossignol, V. (2001). *L'entretien motivationnelle: un guide de formation*. Récupéré à <http://www.entretienmotivationnel.org/medias/AFDEM-guide-Rossignol-2001.pdf>
- Scherrer-Burri, F. (2012). Se former en entretien motivationnel, comment développer des compétences spécifiques et les maintenir à long terme. *La revue de kinésithérapie*, 12(130), 29-31. doi :10.1016/j.kine.2012.05.020
- SNOWDON, J AND HOLIDAY, G. HOWAND. *when to intervene in cases of severe domestic squalor*: *International Psychogeriatrics* (2009) Vol.21, no 6, 996-1002.

- SNOWDON, J, SHAH, A, AND HALLIDAY, G. Severe domestic squalor: a review. *International Psychogeriatrics* (2007) Vol.19, no 1, 37-51.
- Tolin, D. F., Meunier, S. A., Frost, R. O., & Steketee, G. (2010). Course of compulsive hoarding and its relationship to life events. *Depression And Anxiety*, 27(9), 829-838. doi:10.1002/da.20684
- Tompkins, M. A. (2011). Working with families of people who hoard: A harm reduction approach. *Journal Of Clinical Psychology*, 67(5), 497-506. doi:10.1002/jclp.20797
- Turner, K., Steketee, G., & Nauth, L. (2010). Treating elders with compulsive hoarding: A pilot program. *Cognitive And Behavioral Practice*, 17(4), 449-457. doi:10.1016/j.cbpra.2010.04.001