



Directives concernant le relevé du HoNOS 65+
pour la
structure tarifaire TARPSY

Version 1.2 / 29.11.2019

Questionnaire, glossaire et conventions d'évaluation

Préambule

Ce document se base sur les indications de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) qui se trouvent dans les documents suivants :

- Manuel pour les cliniciens chargés du relevé des données – Psychiatrie stationnaire pour adultes. Mesures nationales de la qualité des indicateurs „Importance des symptômes“ et „Mesures limitatives de liberté“
Valable à partir du 01.01.2020/ Version 5.91
- HoNOS 65+ – Health of the Nation Outcome Scales-. Version intégrale. Questionnaire „HoNOS “ y inclut glossaire (HoNOS 65+) et conventions de codage ANQ
Version 1 du 30.08.2012

Aucune révision de ce document n'aura lieu en cours d'année.

Le relevé des données pour la structure tarifaire TARPSY s'effectue indépendamment du relevé des données national de l'ANQ.

1 Introduction

Les prescriptions relatives aux mesures s'appliquent à tous les patient-e-s de tous secteurs de la psychiatrie adulte hospitalière.¹ Les cliniques psychiatriques sont des établissements classés par l'Office fédéral de la Statistique sous les catégories typologiques K211 ou K212. A l'admission et à la sortie suit une évaluation par des tiers de l'importance des symptômes selon l'échelle HoNOS.

2 Personnes chargées des relevés

Le responsable du cas est chargé de l'évaluation avec HoNOS. Il peut s'agir soit :

- du médecin/psychologue responsable du cas ou
- de l'infirmier/de l'infirmière responsable du cas (s'applique uniquement aux cliniques dans lesquelles le personnel soignant est en charge de la gestion des cas). Il n'est pas question du « modèle de personnel soignant de référence », mais de la personne chargée des soins directement prodigués et de la coordination du traitement supplémentaire par cas.

Le modèle évaluateurs, consistant en la réalisation des mesures par des personnes qui ne sont pas responsables de la gestion des cas et ne sont pas impliquées dans le processus de soins, ne doit pas être employé pour ces mesures.

3 Moments précis des relevés

Les relevés de routine à l'admission et à la sortie (HoNOS) sont réalisés en principe le plus proche possible du moment de l'admission ou de la sortie effective de la clinique, mais au plus tard 3 jours après l'admission resp. au plus tôt 3 jours avant la sortie. 1 jour équivaut à 24 heures. La mesure à l'admission doit donc être réalisée au cours des 72 heures suivant le moment de l'admission. Idéalement, le relevé doit être effectué le plus tôt possible et, si possible, au cours de l'entretien d'admission.

L'évaluation s'effectue toujours au regard des 7 derniers jours précédant le moment de la mesure (période d'évaluation). Un changement de l'état du patient peut souvent être observé pendant ces 7 jours. Dans ce cas, il convient de consigner l'état le plus grave (manifestation la plus grave) pendant la période de mesure et il ne faut pas répondre par rapport à l'état moyen du patient.

¹ Les patients mineurs hospitalisés dans des unités de psychiatrie pour adultes sont traités comme des adultes dans le cadre des mesures et relevés conformément à la méthodologie décrite dans ce manuel. Dans les établissements spécialisés en psychiatrie d'enfants et d'adolescents, des mesures séparées sont réalisées.

Dans le cas d'un séjour de moins de 7 jours, la période d'évaluation pour la mesure de sortie se rapporte au temps écoulé depuis la mesure d'admission (au moins 24 heures).

Lors d'un transfert d'une unité à une autre au sein du même établissement, aucune nouvelle mesure n'est effectuée. En cas de congé, les mesures à l'admission et à la sortie ne sont pas réalisées pour autant qu'aucun règlement interne quant au décompte des prestations ne stipule une clôture du dossier. Lorsqu'une absence de la clinique est toutefois traitée comme une fin du traitement (clôture du dossier et ouverture d'un nouveau dossier), les mesures à l'admission et à la sortie doivent être réalisées comme décrit ci-dessus.

Lors d'un changement purement administratif (p.ex. en raison d'un changement du répondant des coûts), aucune mesure n'est effectuée à la sortie / à l'admission. Les cas administratifs sont regroupés par les cliniques dans un seul cas de traitement de manière similaire à la procédure pour livrer les données à l'Office fédéral de la Statistique. Par cas de traitement, une mesure avec le HoNOS est requise en début et en fin de traitement.

Mesure à l'admission

Lors de la mesure à l'admission, le statut du patient au cours des 7 derniers jours est évalué. En d'autres termes, les jours avant l'admission sont également pris en compte. L'état le plus grave doit être consigné au cours de la période d'évaluation (donc pas de moyenne au cours de cette période). L'évaluation par des tiers est effectuée tout de suite après l'admission, **si possible après le premier entretien avec le responsable du cas**, mais au plus tard 3 jours après l'admission.

Mesure à la sortie

Le relevé de HoNOS à la sortie est effectué **si possible à la suite de l'entretien de sortie** (le dernier entretien avec le responsable du cas). En règle générale, le relevé de HoNOS se déroule le jour de la sortie. Dans tous les cas, le relevé peut avoir lieu au plus tôt 3 jours avant la sortie. Lors de sorties non planifiées, l'évaluation par des tiers (HoNOS) doit être réalisée au plus vite, et au plus tard 3 jours après la sortie (c.-à-d. en général en l'absence du patient). Les règles relatives à la période d'évaluation sont les mêmes que celles s'appliquant à la mesure à l'admission.

Le questionnaire de sortie doit uniquement être rempli s'il y a un intervalle d'au moins 24h (>24h) entre le questionnaire d'admission et le questionnaire de sortie.²

La période d'évaluation comprend les 7 derniers jours, à moins que le temps écoulé depuis le remplissage du questionnaire d'admission soit < 7 jours, auquel cas le temps écoulé depuis le remplissage du questionnaire d'admission est évalué indépendamment de sa durée.

² Valable à partir du 1^{er} janvier 2020

Une évaluation par des tiers est en principe toujours possible et obligatoire pour tous les patients – indépendamment du diagnostic, de l'âge, de l'état et de la situation actuelle, etc. Pour la mesure HoNOS à l'admission, il n'existe pas de motifs d'abandon légitimes. La seule exception pour ne pas effectuer une mesure HoNOS à la sortie est le cas où une sortie se fait dans les 24 heures suivant la mesure à l'admission puisque les périodes de référence du sondage (les derniers 24 heures) se recouperaient fortement.

Dans des situations particulières, il convient de prendre en compte les consignes suivantes :

<ul style="list-style-type: none"> • Sortie imprévue • Pas de retour des vacances • Décès 	<p>Pas de motifs de Drop-out, la personne responsable du cas effectue une mesure HoNOS dans les 3 jours suivant la sortie/le décès</p>
--	--

Codification des Drop-out pour HoNOS (codes de Drop-out) :

1	Sortie dans les 24 heures suivant la mesure HoNOS à l'admission, période de mesure trop courte	Uniquement accepté pour la mesure HoNOS à la sortie
2	Autres	À sélectionner rarement en cas d'exception, doit être complété par des explications dans l'espace dédié à cet effet

4 Règles générales pour le codage dans le cadre des évaluations avec HoNOS

- Lorsque vous ne parvenez pas à déterminer clairement le degré de gravité pour un item (p.ex. „2“ ou „3“), il convient de toujours opter pour le degré de gravité le plus élevé (dans cet exemple, le „3“).
- Dans HoNOS, les cotations sont décrites dans les langues nationales. A ce titre, certains items peuvent contenir plusieurs descriptions qui font toujours office d’options valables (liées par le terme „ou“), c.-à-d. qu’une seule de ces descriptions par cotation suffit pour satisfaire à cette cotation. La cotation est également admise en présence d’un exemple analogue.
- L’évaluation est toujours descriptive, c.-à-d. qu’elle est indépendante d’un groupe de troubles ou d’un traitement médicamenteux. Exemple : traitement médicamenteux des troubles du sommeil; lorsqu’au moment de l’évaluation le patient ne souffre pas de troubles du sommeil, alors cet item est coté „0“, indépendamment du lien entre le sommeil et la médication.
- Dans l’évaluation HoNOS, toutes les informations disponibles doivent être prises en compte, donc pas uniquement celles provenant directement du patient mais également d’autres sources (famille, travailleurs sociaux, médecin traitant, psychologue, etc.). L’infirmier ou clinicien s’interroge quant à la plausibilité et décide, sur cette base, de l’évaluation concrète à donner. Des informations controversées et/ou peu plausibles provenant de diverses sources doivent être clarifiées. Les contradictions qui ne peuvent pas être clarifiées dans un délai de trois jours sont cotées „9“ (inconnu).
- Si possible, ne pas attribuer la valeur 9 à plus de trois items, puisque la totalité du questionnaire est ensuite exclue de l’évaluation !

5. Health of the Nation Outcome Scales 65+ Glossaire

Instructions de cotation (version du 30 août 2012)

Jugez les symptômes du patient les plus graves durant la semaine dernière. Si deux problèmes de sévérité différente sont présents sur une même échelle, cotez le problème le plus sévère survenu durant la période considérée. Si un problème sévère, comme une violence importante ou une tentative de suicide grave, surviennent pendant la période évaluée, cotez le « 4 », même s'il ne se s'est produit qu'une seule fois.

Pour chacun des 12 items, évaluez le problème le plus sévère survenu durant les 7 derniers jours. N'incluez pas d'information évaluée dans une échelle précédente, sauf pour l'échelle 10 qui est une évaluation globale.

Toutes les échelles ont le format suivant

0 = pas de problème durant la période considérée

1 = problème mineur ne requérant pas d'intervention

2 = problème léger mais net

3 = problème modérément grave

4 = problème grave à très grave

9 = inconnu ou non applicable

Légende : Pour chaque item, entrez 0 - 4 ou 9 dans les cases.

Glossaire de cotation

1. Comportement hyperactif, agressif, perturbateur ou agité

Inclure tous les troubles de comportements (p.ex. comportement hyperactif, agressif, perturbateur ou agité, non collaborant ou opposant) *quelle qu'en soit la cause, p.ex. démence, médicaments, alcool, psychose, dépression, etc.*

Ne pas inclure les comportements bizarres, cotés à l'échelle 6.

0. Aucun problème de cette nature pendant la période évaluée.
1. Irritabilité occasionnelle, disputes, agitation, etc. mais généralement calme et collaborant, et ne requérant aucune intervention spécifique.
2. Inclut des gestes agressifs, p.ex. bousculer ou importuner les autres, et/ou des menaces ou agressions verbales; dommages mineurs à des objets ou à la propriété (p.ex. casser une tasse, une fenêtre); hyperactivité ou excitation marquées; agitation et/ou déambulation intermittentes (le jour ou la nuit); collaboration fluctuante, nécessitant des encouragements et de la persuasion.
3. Physiquement agressif envers autrui (n'atteignant pas le niveau 4); dommages à la propriété plus importants ou destruction de biens; attitude fréquemment menaçante; hyperactivité ou agitation plus sévère et/ou persistante (p.ex. jour et nuit), associée ou non à une déambulation; collaboration problématique, opposition à l'aide ou l'assistance.
4. Au moins une agression physique grave vis-à-vis d'autrui (au-delà du niveau 3); comportement destructeur majeur et/ou persistant (p.ex. incendie); comportement menaçant sévère et persistant; hyperactivité ou agitation très importante, désinhibition sexuelle ou autres comportements inappropriés (p.ex. uriner et/ou déféquer délibérément de manière inappropriée); agitation et/ou déambulation pratiquement constante; problèmes graves liés à un comportement non-compliant ou opposant.

2. Lésions auto-infligées non accidentelles

Inclure les automutilations non-accidentelles

Ne pas inclure les blessures accidentelles (p.ex. dues à une démence ou à une déficience mentale sévère); tout problème cognitif est coté à l'échelle 4 et les blessures à l'échelle 5.

Ne pas inclure une maladie ou une blessure directement imputable à la consommation de médicaments ou d'alcool cotées à l'échelle 3 (p.ex. cirrhose du foie ou blessure résultant d'une conduite en état d'ivresse cotées à l'échelle 5).

0. Aucun problème de cette nature pendant la période évaluée.
1. Idées d'automutilation ou de suicide passagères, mais peu ou pas de risque pendant la période.
2. Léger risque pendant la période; inclut des pensées ou des propos d'automutilation ou de Suicide plus fréquents (incluant des idées d'automutilation passives, telles que ne pas éviter une situation potentiellement létale, p.ex. traverser la route).
3. Risque modéré à sévère d'automutilation délibérée; inclut des pensées ou des propos d'automutilation fréquents ou persistants; inclut des préparatifs, p.ex. accumulation de médicaments.
4. Tentative de suicide et/ou automutilation délibérée pendant la période.

3. Troubles liés à la consommation de drogues ou d'alcool

Ne pas inclure les comportements agressifs ou destructeurs dus à la consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments, cotés à l'échelle 1.

Ne pas inclure les maladies ou les handicaps physiques dus à la consommation d'alcool ou de médicaments cotés à l'échelle 5.

Ne pas inclure la consommation accidentelle d'alcool ou de médicaments, p.ex. dans le contexte d'une démence, lorsque les problèmes cognitifs sont cotés à l'échelle 4 et que la maladie ou le handicap en résultant est coté à l'échelle 5

0. Aucun problème de cette nature pendant la période évaluée.
1. Un peu de laisser-aller, mais sans dépasser les normes sociales.
2. Perte de maîtrise occasionnelle de la consommation d'alcool ou de médicaments, mais pas de problèmes sérieux.
3. Besoin marqué ou dépendance à l'alcool ou les médicaments, avec de fréquentes pertes de contrôle, ébriété, etc.
4. Conséquences graves ou incapacités résultant de l'abus d'alcool et de médicaments.

4. Troubles cognitifs

Inclure les problèmes d'orientation, de mémoire et de langage associés à tout autre trouble démence, déficience mentale, schizophrénie, etc.

Ne pas inclure les problèmes transitoires (p.ex. gueule de bois) qui sont clairement associés à la consommation d'alcool ou de médicaments cotés à l'échelle 3.

0. Aucun problème de cette nature pendant la période évaluée.
1. Troubles mineurs de l'orientation (p.ex. quelques difficultés d'orientation temporelle) et/ou de mémoire (p.ex. quelques oublis mais encore capable d'apprendre activement de nouvelles informations), pas de trouble apparent du langage.
2. Légers troubles d'orientation (p.ex. désorientation temporelle fréquente) et/ou de mémoire (p.ex. troubles d'apprentissage de nouvelles informations, telles que des noms, des souvenirs d'événements récents, déficit interférant avec les activités de la vie quotidienne); difficulté à trouver son chemin dans un environnement nouveau ou non familier; capable de saisir des informations verbales simples mais quelques difficultés pour comprendre et/ou exprimer un langage plus complexe.
3. Troubles modérés de l'orientation (p.ex. généralement désorienté dans le temps et souvent dans l'espace) et/ou de la mémoire (p.ex. oubli rapide d'informations nouvelles, seul le matériel surappris est retenu, incapacité occasionnelle de reconnaître des personnes familières); a perdu son chemin dans un lieu familier, troubles majeurs du langage (expression et/ou compréhension).
4. Désorientation sévère (p.ex. est constamment désorienté dans le temps et dans l'espace, et parfois par rapport aux personnes) et/ou déficit sévère de la mémoire (p. ex. seules des bribes d'information sont encore accessibles, perte des informations tant anciennes que récentes, incapacité à apprendre toute nouvelle information, incapable de manière constante de reconnaître ou de nommer des amis ou des membres de la famille proche); aucune communication n'est possible à travers le langage ou personne inaccessible à la parole.

5. Problèmes liés à une maladie physique ou un handicap

Inclure maladie et handicap, quelle qu'en soit la cause, qui limite la mobilité, diminue la vue ou l'audition ou interfère avec le niveau de fonctionnement de la personne (p.ex. la douleur).

Inclure aussi les effets secondaires des médicaments ; les effets de médicaments ou de l'alcool ; les handicaps physiques résultant d'accidents ou de blessures auto-infligées associés à des problèmes cognitifs, etc.

Ne pas inclure les troubles mentaux ou comportementaux cotés à l'échelle 4.

0. Aucun problème significatif sur le plan de la santé physique, des handicaps ou de la mobilité pendant la période évaluée.
1. Problèmes de santé mineurs (p.ex. un rhume); une altération de la vue et/ou de l'audition (mais encore capable de fonctionner de manière efficace avec des lunettes ou un appareil auditif).
2. Problèmes de santé physique limitant légèrement les activités et/ou la mobilité (p.ex. diminution de la distance parcourue à pied, avec une certaine perte d'indépendance); altération modérée de la vue et/ou de l'audition (baisse du niveau de fonctionnement malgré une utilisation appropriée de lunettes ou d'appareil auditif), risque de chute présent mais faible, sans chute à ce jour; troubles associés à des douleurs légères.
3. Problèmes de santé physique associés limitant modérément les activités et/ou la mobilité (p.ex. mobilité possible seulement avec une canne, un déambulateur ou avec de l'aide); trouble de la vision et/ou de l'audition plus sévère (n'atteignant pas le niveau 4); risque important de chute (une ou plusieurs chutes); troubles associés à des douleurs modérées.
4. Problèmes majeurs de santé physique limitant sévèrement les activités et/ou la mobilité (p.ex. dépendant d'une chaise ou alité); trouble sévère de la vision et/ou de l'audition (p.ex. aveugle ou sourd); risque élevé de chutes et une ou (généralement) plusieurs chutes à cause d'une maladie physique ou d'un handicap; troubles associés à des douleurs sévères; présence d'une altération du niveau de conscience

6. Troubles liés aux hallucinations et/ou délires

Inclure les hallucinations et les délires (ou les fausses croyances) sans tenir compte du diagnostic.

Inclure les comportements étranges ou bizarres associés à des hallucinations ou des délires (ou des fausses croyances).

Ne pas inclure les comportements agressifs,

destructeurs ou hyperactifs dus à des hallucinations et délires (ou fausses croyances) cotés à l'échelle 1.

0. Absence de délires ou d'hallucinations pendant la période évaluée.
1. Croyances légèrement étranges ou excentriques sans rapport avec les normes culturelles de la personne.
2. Délires ou hallucinations (p.ex. voix, visions) présents, mais perturbant peu le patient ou générant peu de comportements bizarres, c'est-à-dire problème cliniquement présent mais léger.
3. Préoccupations marquées liées aux délires ou hallucinations, provoquant une détresse certaine et/ou se manifestant par un comportement clairement bizarre, c'est-à-dire problème cliniquement modérément sévère.
4. Etat mental et comportement gravement perturbés et péjorés par les délires et/ou hallucinations, impact majeur sur le patient et/ou sur son entourage, c'est-à-dire problème cliniquement sévère.

7. Troubles liés à l'humeur dépressive

Ne pas inclure l'hyperactivité ou l'agitation cotées à l'échelle 1.

Ne pas inclure les idées ou tentatives suicidaires, cotées à l'échelle 2.

Ne pas inclure les délires ou hallucinations, cotés à l'échelle 6.

Coter les problèmes associés (p.ex. modification du sommeil, de l'appétit ou du poids; symptômes anxieux) à l'échelle 8.

0. Aucun problème associé à une humeur dépressive pendant la période évaluée.
1. Humeur morose, ou seulement des modifications mineures de l'humeur.
2. Dépression légère mais nette, mesurée subjectivement et/ou objectivement (p.ex. perte d'intérêt et/ou de plaisir, manque d'énergie, perte de l'estime de soi, sentiments de culpabilité).
3. Dépression modérée mesurée subjectivement et/ou objectivement (symptômes dépressifs plus marqués).
4. Dépression sévère sur des bases subjectives et/ou objectives (p.ex. perte profonde d'intérêt et/ou de plaisir, préoccupations liées à des idées de culpabilité ou d'inutilité).

8. Autres troubles mentaux et comportementaux

Evaluer seulement le trouble clinique le plus sévère non coté aux échelles 6 et 7.

Spécifier le type de trouble en mettant la lettre appropriée :

A phobie	F somatoforme
B anxiété	G alimentaire
C obsessionnel-compulsif	H sommeil
D lié au stress	I sexuel
E dissociatif	J autre, spécifier

0. Aucun de ces troubles pendant la période évaluée.
1. Trouble mineur cliniquement non significatif.
2. Un trouble est cliniquement présent mais d'intensité légère, p.ex. problème occasionnel, patient maintenant un certain contrôle et/ou n'étant pas excessivement perturbé.
3. Trouble cliniquement modérément sévère, p.ex. plus fréquent, plus perturbant et avec des symptômes plus marqués.
4. Trouble grave et persistant qui domine ou affecte sérieusement la plupart des activités.

9. Problèmes pour établir des relations sociales significatives

Problèmes liés aux relations sociales identifiés par le patient et/ou évidents pour les soignants ou l'entourage. **Coter** le problème le plus sévère lié à un retrait actif ou passif, ou une tendance à dominer les relations sociales et/ou une tendance à avoir des relations pas soutenantes, destructrices ou nuisibles pour le patient.

0. Aucun problème significatif pendant la période évaluée.
1. Trouble mineur cliniquement non significatif.
2. Problèmes nets pour établir, maintenir ou s'adapter aux relations de soutien (p.ex. à cause d'un comportement contrôlant ou suite à des relations difficiles, abusives ou un vécu d'exploitation), difficultés nettes, mais légères, reportées par le patient et/ou évidentes pour autrui ou les soignants.
3. Problèmes majeurs persistants dans les relations; conflits modérément sévères ou problèmes identifiés dans la relation par le patient et/ou visibles pour autrui ou les soignants.
4. Difficultés sévères associées aux relations sociales (p.ex. isolement, retrait, conflit, abus); tensions et stress majeurs (p.ex. menace de rupture de la relation).

10. Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne

Evaluer le niveau global de fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne : p.ex. des problèmes avec les soins personnels de base comme manger, se laver, s'habiller, aller aux toilettes ainsi qu'avec des tâches complexes telles que la gestion du budget, les loisirs, l'utilisation des transports, etc.

Inclure tout manque de motivation pour l'utilisation des ressources d'entraide car cela contribue à une baisse du niveau de fonctionnement global.

Ne pas inclure l'absence de possibilité pour mettre en pratique des habiletés et des compétences, cotée aux échelles 11 et 12.

0. Aucun problème pendant la période évaluée ; bonne capacité à fonctionner de manière adéquate dans toutes les activités de base (p.ex. continent, ou capable de gérer l'incontinence de manière appropriée, capable de manger et de s'habiller de manière autonome) et dans les activités complexes (capable de conduire ou d'utiliser les transports publics, de gérer des affaires financières de manière appropriée).
1. Problèmes mineurs seulement, qui n'ont pas de conséquences significativement néfastes ; .ex. négligence, légère désorganisation, quelques signes suggérant des difficultés mineures à effectuer des tâches complexes mais encore capable d'y faire face de manière efficace.
2. Soins personnels et activités de base adéquats (bien que parfois sur sollicitation), mais difficultés avec les tâches complexes (p.ex. problèmes d'organisation pour préparer un repas ou une boisson, diminution des intérêts personnels, particulièrement dans des situations à l'extérieur du domicile, problèmes de conduite automobile, dans les transports publics ou dans les jugements financiers).
3. Problèmes nets dans un ou plusieurs domaines des soins personnels de base (p.ex. besoin d'une certaine surveillance pour l'habillement et pour manger, incontinence urinaire occasionnelle ou continence uniquement si incité à se rendre régulièrement aux toilettes), incapacité à effectuer plusieurs tâches complexes.
4. Incapacité majeure ou totale dans tous ou presque tous les domaines requérant des habiletés simples et complexes (p.ex. besoin de surveillance constante pour manger et s'habiller, incontinenances urinaire ou fécale fréquentes).

11. Problèmes liés aux conditions de vie (logement)

Evaluer la sévérité globale des problèmes liés à la qualité des conditions de vie, le logement et aux routines domestiques, en tenant compte des préférences du patient et du degré de satisfaction par rapport à cette situation. Est-ce que les besoins de base sont comblés (chauffage, éclairage, hygiène) ? Si oui, est-ce que l'environnement physique favorise l'indépendance et minimise les risques, et offre-t-il un choix de possibilités pour faciliter l'utilisation des compétences existantes et en développer des nouvelles ?

Ne pas inclure le niveau de handicap fonctionnel coté à l'échelle 10.

Evaluer le lieu de vie habituel du patient. S'il est hospitalisé transitoirement, évaluer le domicile du patient. Si l'information n'est pas disponible, coter 9.

0. Le logement et les conditions de vie sont acceptables; ils aident à ne pas renforcer tout handicap coté à l'échelle 10, de minimiser les risques et de favoriser l'autonomie. Le patient est satisfait de son logement.
1. Le logement est raisonnablement acceptable, malgré quelques problèmes légers ou passagers liés essentiellement aux préférences du patient plutôt qu'avec n'importe quel problème ou risque associé à son environnement (p.ex. l'emplacement n'est pas idéal, il n'a pas la préférence de l'utilisateur, la nourriture proposée ne plaît pas).
2. Les besoins de base sont comblés mais il y a des problèmes significatifs avec un ou plusieurs aspects du logement et/ou du régime alimentaire (p.ex. absence de moyens adaptés pour optimiser la fonctionnalité, tel que escaliers, ascenseurs, ou autres problèmes d'accès); peut constituer des risques pour le patient (p.ex. blessures) qui pourraient être réduits.
3. Problèmes multiples et perturbant avec le logement; certains aménagements de base sont absents (p.ex. chauffage insuffisant ou pas fiable, absence de possibilité de cuisiner, installations sanitaires inadéquates), conditions de l'environnement physique comportant clairement un risque pour le patient.
4. Logement inacceptable; p.ex. manque d'aménagements de base, conditions de vie insécures ou intolérables, aggravant l'état du patient et/ou l'exposant à un risque élevé de blessures ou à d'autres conséquences néfastes.

12. Problèmes liés à l'occupation et aux activités

Évaluer le niveau global des problèmes liés à la qualité des occupations journalières. Y-a-t-il de l'aide pour s'adapter aux handicaps et des possibilités pour maintenir ou améliorer les habiletés sociales et activités occupationnelles ?

Considérer les facteurs tels que la stigmatisation sociale, l'absence d'une équipe qualifiée, le manque d'accès à des services de soutien, p.ex. personnel et équipement de centres de jour, clubs sociaux, etc.

Ne pas évaluer le niveau de handicap fonctionnel lui-même, coté à l'échelle 10. Évaluer la situation habituelle du patient.

0. L'environnement quotidien du patient est acceptable; il aide à ne renforcer aucun handicap coté à l'échelle 10 et favorise l'autonomie.
1. Problèmes mineurs ou temporaires, p.ex. services adéquats à disposition mais pas toujours au moment voulu pour le patient.
2. Choix limité d'activités; p.ex. soutien insuffisant des proches ou de professionnels; encadrement de jour efficace à disposition mais dans un horaire très limité.
3. Insuffisance marquée de services qualifiés et de soutien à disposition pour aider à optimiser le niveau d'activité et d'autonomie; peu ou pas de possibilités de se servir de ses capacités existantes ou d'en acquérir des nouvelles; services non qualifiés difficiles d'accès.
4. Absence totale de toute possibilité d'avoir des activités de jour aggravant les problèmes du patient, ou refus du patient des services offerts qui pourraient améliorer sa situation.