



Directives concernant le relevé du HoNOS
pour la
structure tarifaire TARPSY

Version 1.3 / 31.07.2024

Valable à partir du 01.01.2025

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“

Version 8.0 / Publiée le 14.05.2024

- Glossaire pour HoNOS-D – Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)

Valable à partir du 01.05.2024 / Version 3.0

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, quelle que soit sa durée (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.

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.

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.

Codage des motifs de non-réalisation (dropouts) pour HoNOS à la sortie :

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	A utiliser uniquement à titre exceptionnel et doit être complété par un texte libre explicatif
<p>Note : Une sortie imprévue, un non-retour de vacances ou un décès ne sont pas des motifs de dropout. Le personnel soignant chargé de la gestion du cas remplit le HoNOS dans les 3 jours suivant la sortie ou le décès.</p>		

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

- Lorsque vous ne parvenez pas à déterminer clairement de degré de gravité pour un item (p.ex. « 2 » ou « 3 »), alors il convient – dans le doute – de toujours opter pour le degré de gravité le plus élevé (dans cet exemple, le « 3 »).

- L'évaluation est toujours descriptive, c'est-à-dire qu'elle est indépendante d'un groupe de troubles ou d'un traitement médicamenteux.

Exemple : une patiente ou un patient suit un traitement médicamenteux des troubles du sommeil. Lorsqu'au moment de l'évaluation, celui-ci ne souffre plus de troubles du sommeil, alors cet item est coté « 0 » dans HoNOS, indépendamment du lien entre le sommeil et la médication.

- Une seule description par degré de gravité suffit pour satisfaire à ce degré de gravité.

Dans HoNOS, les degrés de gravité sont décrits 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 »).

- Dans l'évaluation HoNOS, toutes les informations disponibles doivent être prises en compte.

Pas uniquement les informations provenant directement des patient(e)s mais également d'autres sources (proches, médecin traitant, travailleurs sociaux, etc.) doivent être prises en compte. L'infirmier ou clinicien s'interroge quant à la plausibilité et décide, sur cette base, de l'évaluation concrète à donner. Si des informations controversées peu plausibles proviennent de diverses sources, alors les contradictions 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 » (inconnu) à plus de trois items, puisque la totalité du questionnaire est ensuite exclue de l'évaluation.

- La période de référence a été adaptée pour toutes les versions linguistiques aux derniers 7 jours. 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).

- Pour HoNOS, un seul motif de Drop-out régulier à la sortie est accepté (hospitalisation courte <24h). Le motif de Drop-out « autres » ne doit être utilisé qu'à de rares exceptions et complété par un texte explicatif dans le champ prévu à cet effet.

Item 1 Comportement hyperactif, agressif, perturbateur ou agité

Saisir

- ✓ Toute agression quelle qu'en soit la cause (e.g. drogues, alcool, démence, psychose, dépression, etc.).
- ✓ Désinhibition sexuelle
- ✓ Résistance active/agressive contre les mesures appliquées

Ne pas saisir

- ✗ Comportement étrange (doit être traité de manière distincte et consigné dans l'item 6 sous „Troubles liées aux hallucinations et délires“

0	Aucun problème de cette nature durant la période considérée.
1	Irritabilité, disputes, nervosité, etc. ne requérant pas d'intervention.
2	Inclure les gestes agressifs, bousculer ou importuner autrui ; les menaces ou agressions verbales ; les dommages mineurs à la propriété (p. ex. casser une tasse, une fenêtre) ; une hyperactivité marquée ou une agitation.
3	Physiquement agressif envers autrui ou des animaux (à la limite de la cotation 4) ; comportement menaçant ; hyperactivité ou dommages à la propriété plus importants.
4	Au moins une agression physique grave d'autrui ou d'animaux ; dommages graves à la propriété (p. ex. incendie) ; comportement gravement menaçant ou obscène.

Item 2 Lésions auto-infligées non accidentelles

Saisir

- ✓ Suicidalité et lésions intentionnellement auto-infligées sans intentions suicidaires

Ne pas saisir

- ✗ Blessures accidentelles (dues p.ex. à une démence ou à une déficience mentale sévère); les problèmes cognitifs sont évalués à l'item 4 et les blessures en résultant à l'item 5).
- ✗ Maladies ou blessures directement imputables à la consommation d'alcool ou de drogues (l'importance de la consommation est évaluée à l'item 3, les conséquences physiques à l'item 5).

0	Aucun problème de cette nature durant la période considérée.
1	Idées occasionnelles ou passagères d'en finir, mais peu de risque; pas de lésions auto-infligées.
2	Léger risque durant la période ; inclure des lésions auto infligées sans danger (p. ex. égratignures au poignet).
3	Risque auto-agressif modéré durant la période considérée ; inclure les préparatifs (p. ex. accumulation de pilules).
4	Tentative de suicide grave et/ou lésion auto-infligée grave durant la période considérée.

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

Saisir

- ✓ Consommation incontrôlée de médicaments ou dosages non prescrits (abus de médicaments)
- ✓ Lors d'une nette dépendance à l'alcool ou aux drogues (craving) sans consommation en raison des conditions protégées, coter 3 („Nette dépendance à l'alcool ou aux drogues“)
- ✓ Si la nette dépendance (craving) n'est qu'occasionnelle, il convient de coter 1 ou 2 selon la situation.
- ✓ La cotation „4“ équivaut à des problèmes graves dus à l'alcool ou aux drogues, la nette dépendance ne peut pas être maîtrisée.

Ne pas saisir

- ✗ Les comportements agressifs ou destructeurs dus à la consommation d'alcool ou de drogues (coter dans l'échelle 1)
- ✗ Les maladies physiques ou handicaps physiques dû à la consommation d'alcool ou de drogues sont (coter dans l'item 5)
- ✗ La prise de médicaments prescrits à raison du dosage prescrit, même si l'ordonnance semble problématique.

0	Aucun problème de cette nature durant la période considérée.
1	Un peu de laisser-aller, sans dépasser les normes sociales.
2	Perte de maîtrise de la consommation de drogues ou d'alcool, sans grave dépendance.
3	Nette dépendance à l'alcool ou aux drogues avec d'importantes pertes de maîtrise de la consommation, prise de risque sous l'influence de drogue ou d'alcool.
4	Le problème de drogue ou d'alcool est gravement invalidant.

Item 4 Troubles cognitifs

Saisir

- ✓ Problèmes de mémoire, d'orientation et de la pensée, indépendamment du diagnostic posé (également p.ex. en cas de : troubles d'apprentissage, démence, schizophrénie etc.)
- ✓ Difficultés à trouver son chemin, à comprendre des phrases compliquées, à parler, à reconnaître des proches parents ; à perdre des affaires, problèmes de mémoire à court terme, communication.
- ✓ Troubles de la pensée formelle

Ne pas saisir

- ✗ Problèmes temporaires dus à la consommation d'alcool / de drogues (p.ex. gueule de bois) (coter à l'item 3).

0	Aucun problème de cette nature durant la période considérée.
1	Troubles mineurs de la mémoire ou de la pensée (p. ex. oublie parfois des noms).
2	Troubles de la mémoire ou de la pensée légers mais manifestes (p. ex. a perdu son chemin dans un endroit familier ou n'a pas reconnu une personne familière) ; parfois perplexe devant des décisions simples.
3	Nette désorientation dans le temps, l'espace ou sur la personne ; dérouté par des événements banals ; langage parfois incohérent ; ralentissement mental.
4	Désorientation importante (p. ex. incapable de reconnaître des proches); risque d'avoir un accident; langage incompréhensible; état confusionnel, stupeur.

Item 5 Troubles associés à une maladie physique ou un handicap

Saisir

- ✓ Les maladies ou handicaps qui limitent ou entravent le déplacement, ou réduisent la vue ou l'audition, ou qui interfèrent autrement avec le fonctionnement de la personne, indépendamment de leur cause (p.ex. troubles de coordination ou faiblesse avec risque de chute, besoin d'aides à la marche, alitement, douleur).
- ✓ Les effets secondaires des médicaments ; les effets de drogues ou d'alcool ; les handicaps physiques dus à des accidents ou les blessures liées à des troubles cognitifs, à la conduite en état d'ivresse, etc.

Ne pas saisir

- ✗ Troubles mentaux ou comportementaux (coter à l'item 4)

0	Aucun problème de santé physique durant la période considérée.
1	Problème de santé léger durant la période (p. ex. rhume, chute bénigne, etc.).
2	Problème de santé physique limitant modérément la mobilité et l'activité.
3	Diminution modérée des activités en raison d'un problème de santé physique.
4	Incapacité physique grave ou totale en raison d'un problème de santé physique.

Item 6 Troubles liés aux hallucinations et délires

Notes

- Inclure les hallucinations et les délires sans tenir compte du diagnostic

Saisir

- ✓ Comportements étranges ou bizarres liés à des hallucinations ou des délires.
- ✓ Troubles du moi

Ne pas saisir

- ✗ Comportements agressifs ou destructeurs dus à des symptômes psychotiques (coter à l'item 1)
- ✗ Symptômes négatifs (coter à l'item 8 sous J=Autres, si ces derniers prédominent le tableau clinique.

0	Absence d'hallucinations ou de délires durant la période considérée.
1	Croyances légèrement étranges ou excentriques sans rapport avec les normes culturelles de la personne.
2	Des délires ou des hallucinations sont présents (e.g. voix, visions), mais perturbent peu la patiente , le patient ou génèrent peu de comportements bizarres, i.e. cliniquement présent mais léger.
3	Nettes préoccupations liées aux délires ou aux hallucinations, provoquant une certaine détresse et/ou se manifestant par un comportement clairement bizarre, i.e. problème clinique modérément important.
4	L'état mental est gravement perturbé par des délires ou des hallucinations, avec un impact important sur les patient(e)s .

Item 7 Troubles liés à l'humeur dépressive

Ne pas saisir

- ✗ Hyperactivité ou agitation (coter à l'item 1)
- ✗ Idéations suicidaires ou tentatives de suicide, (coter à l'item 2)
- ✗ Délires ou hallucinations (coter à l'item 6)
- ✗ Pertes de l'élan vital (si elles prédominent le tableau clinique coter à l'item 8)

0	Aucun problème lié à une humeur dépressive durant la période considérée.
1	Humeur morne; ou légers changements d'humeur.
2	Dépression légère mais nette (p. ex. sentiments de culpabilité, perte d'estime de soi).
3	Dépression avec sentiments de dévalorisation inadéquats; préoccupé par des sentiments de culpabilité.
4	Dépression grave ou très grave avec d'importants sentiments de culpabilité ou d'auto-accusation.

Item 8 Autres troubles mentaux et comportementaux

Notes

- L'item 8 du HoNOS doit être complété comme suit (algorithme obligatoire) :
 - La première étape consiste à déterminer le problème principal dans l'item 8 (= principal problème psy- chique ou comportemental qui n'a pas encore été illustré dans les items 1-7). Il s'agit à nouveau de sélectionner dans la liste fournie le principal problème qui s'est manifesté au cours des 7 derniers jours. Lorsqu'à la sortie, un autre problème prédomine par rapport à l'admission, alors ce nouveau problème doit être évalué.
 - Seul ce problème et uniquement celui-ci est ensuite évalué
 - A l'item 8, il n'y a donc pas lieu de cumuler plusieurs troubles mais d'évaluer exclusivement le principal problème psychique ou comportemental qui n'a pas encore été illustré dans les items 1-7.
- Outre les exemples de syndromes/troubles suivants (A phobie; B anxiété; C obsessionnel-compulsif; D lié au stress; E dissociatif; F somatoforme; G alimentaire; H sommeil; I sexuel), il convient d'illustrer sous „J Autre“ p.ex. les pertes de l'élan vital ou symptômes négatifs lorsqu'ils prédominent clairement le tableau clinique. La catégorie D=lié au stress ne doit pas être utilisée (puisque cela s'applique à tous nos patients et ne discrimine pas l'item).

A = phobie

F = somatoforme

B = anxiété

G = alimentaire

C = obsessionnel /compulsif

H = sommeil

D = lié au stress

I = sexuel

E = dissociatif

J = autre (spécifié)

0	Aucun de ces troubles durant la période considérée.
1	Trouble mineur seulement.
2	Un trouble est cliniquement présent à un niveau léger (e.g. la patiente , le patient maîtrise ses troubles dans une certaine mesure).
3	Détresse ou crise occasionnelle, avec perte de maîtrise sur les troubles (e.g. la patiente , le patient doit éviter toute situation provocatrice d'anxiété, a dû appeler un voisin à l'aide, etc.) i.e. niveau modérément grave de trouble.
4	Un trouble grave empêche la plupart des activités.

Item 9 Problèmes pour établir des relations sociales significatives

Saisir

- ✓ Problèmes des patient(e)s (dans la famille et/ou dans un réseau social plus large) dus à un retrait actif ou passif des relations sociales et/ou à des relations négatives, destructrices ou nuisibles.
- ✓ Intégrer aussi les informations provenant de relations établies avec p.ex. des médecins, le personnel de soins ou d'autres patient(e)s.
- ✓ Problèmes relationnels dus à un manque de distance sont à consigner dans "Problèmes nets pour établir ou maintenir des relations sociales significatives (2)".

- | | |
|---|--|
| 0 | Aucun problème significatif durant la période. |
| 1 | Problèmes légers non cliniques. |
| 2 | Problèmes nets pour établir des relations significatives : la patiente, le patient se plaint et/ou le problème est évident pour autrui. |
| 3 | Problèmes majeurs persistants dus à un retrait actif ou passif des relations sociales et/ou à des relations qui n'apportent peu ou pas de réconfort ni de soutien. |
| 4 | Isolement social important et pénible, lié à une incapacité à communiquer socialement et/ou à un retrait des relations sociales. |

Item 10 Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne

Notes

- Evaluer le niveau global de fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne, (p.ex. problèmes avec les soins personnels de base comme manger, se laver, s'habiller, aller aux toilettes ; évaluer aussi les tâches complexes comme la gestion du budget, l'organisation du logement, l'occupation et les loisirs, la mobilité et l'utilisation des transports, les achats, le développement personnels, etc.).
- Lors de l'évaluation du degré de gravité, il convient de partir de la norme statistique. Pour les personnes **limitées** dans leur capacité fonctionnelle résidant depuis longtemps dans une institution de soins dans laquelle les déficits sont compensés par le personnel de soin, il convient toutefois d'évaluer le handicap personnel réel comparé avec la population saine.

Saisir

- ✓ Niveau global de fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne (voir en haut)
- ✓ Manque de motivation pour recourir à des ressources d'entraide lorsque cela contribue à diminuer le niveau global de fonctionnement (p.ex. en cas de désintérêt pour la vie hors domicile)
- ✓ Problèmes dans le domaine des soins en cas d'incontinence ou d'autres troubles divers

Ne pas saisir

- ✗ Absence de possibilité de pratiquer des habilités et compétences : évaluer aux items 11-12
- ✗ Incontinence ou autres troubles physiques : coter à l'item 5.

0	Aucun problème durant la période considérée ; capable de bien fonctionner dans tous les domaines.
1	Problèmes mineurs seulement (p. ex. négligent, désorganisé).
2	Soins personnels adéquats, mais absence de performance importante dans une ou plusieurs tâches complexes (voir plus haut).
3	Problème majeur dans un ou plusieurs domaines des soins personnels (manger, se laver, s'habiller, aller aux toilettes) ainsi qu'une incapacité majeure à effectuer plusieurs tâches complexes.
4	Handicap ou incapacité majeure dans tous ou presque tous les domaines des soins personnels et des tâches complexes.

Item 11 Problèmes liés aux conditions de vie (logement)

Notes

- Cet item s'intéresse aux conditions de vie au domicile du patient, et non pas à celles en milieu clinique. Les conditions de vie au domicile doivent également être illustrées lors de l'évaluation de sortie. Dans de nombreux cas, aucune modification ne sera apportée par rapport à l'évaluation à l'admission. Si des changements significatifs sont néanmoins survenus au cours du séjour hospitalier (p.ex. résiliation du bail de l'appartement, changement d'institution de soins, trouver un logement après un sans-abrisme préalable, etc.), les nouvelles conditions doivent être illustrées lors de la mesure de sortie.

Saisir

- ✓ Sévérité des problèmes liés à la qualité des conditions de vie, combinée à l'appartement. Les besoins matériels de base sont-ils comblés (chauffage, lumière, hygiène) ?
- ✓ Changement des conditions de logement pendant le séjour hospitalier sont à coter lors de la mesure de sortie (voir en haut)

Ne pas saisir

- ✗ Niveau du handicap fonctionnel. Evaluer uniquement la qualité des conditions environnementales. Les handicaps fonctionnels sont cotés à l'item 10.

0	Le logement et les conditions de vie sont acceptables : ils aident à maintenir tout handicap coté à l'item 10 au niveau le plus bas possible et facilitent l'autonomie.
1	Le logement est raisonnablement acceptable, malgré la présence de problèmes légers ou transitoires (p. ex. emplacement non idéal, n'a pas la préférence de l'utilisateur, la nourriture ne plaît pas, etc.).
2	Problème significatif avec un ou plusieurs aspects du logement et/ou de l'environnement (p. ex. choix restreint ; l'équipe ou le logeur ne savent pas vraiment comment limiter le handicap ou comment aider à préserver les compétences existantes ou en développer de nouvelles).
3	Problèmes de logement multiples et perturbants (p. ex. certains aménagements de base sont absents); l'environnement a peu ou pas de moyens pour améliorer l'autonomie de la patiente, du patient.
4	Le logement est inacceptable (p. ex. manque d'aménagements de base, la patiente, le patient risque d'être expulsé ou est sans abri, ou vit dans des conditions qui sont par ailleurs intolérables), aggravant les problèmes du patient.

Item 12 Problèmes liés à l'occupation et aux activités

Notes

- Evaluer le niveau global de problèmes liés à la qualité de l'environnement de jour. Y a-t-il de l'aide pour s'adapter aux handicaps, et des possibilités pour maintenir ou améliorer les compétences et les activités occupationnelles et de loisir ? Considérer les facteurs tels que la stigmatisation sociale, l'absence d'une équipe qualifiée, le manque d'accès à des services de soutien (ex. personnel et équipement de centres de jour, ateliers, clubs sociaux, etc.).
- A l'image de l'item 11, il convient d'évaluer les conditions de vie de l'environnement habituel des patient(e)s (donc pas celles de la clinique). L'évaluation de sortie se référera donc souvent aux conditions avant l'admission en clinique, à moins que les conditions de vie n'aient évolué au cours du séjour hospitalier (p.ex. licenciement professionnel, quitter une institution de soins, organisation d'un nouveau poste dans un atelier protégé etc.)
- Exemples de codage supplémentaires :
 - 1) Problèmes mineurs tels que moins de stress au travail ou dans le cadre de programmes d'occupation
 - 2) La situation professionnelle ou lorsque l'occupation n'est pas satisfaisante ou est perçue comme problématique

Saisir

- ✓ Conditions de vie de l'environnement habituel des patient(e)s (voir explication en haut)
- ✓ Coter lors de la mesure de sortie les changements de conditions de vie lors du séjour hospitalier (voir explication en haut)

Ne pas saisir

- ✗ Niveau du handicap fonctionnel lui-même (évaluer à l'item 10)

- | | |
|---|---|
| 0 | L'environnement quotidien de la patiente, du patient est acceptable : il aide à maintenir tout handicap coté à l'échelle 10 au niveau le plus bas possible et facilite l'autonomie. |
| 1 | Problèmes mineurs ou temporaires (i.e. virement de chèque en retard) : services adéquats à disposition, mais pas toujours au moment voulu, etc. |

- 2 Choix limité d'activités ; manque excessif de tolérance (p. ex. entrée d'une bibliothèque ou d'un bain public injustement refusée, etc.) ; handicapé par l'absence d'adresse permanente ; soutien insuffisant des proches ou des intervenants professionnels ; encadrement de jour efficace à disposition, mais dans un horaire très limité.
- 3 Insuffisance marquée de services qualifiés à disposition pour aider à diminuer le niveau de handicap existant ; pas de possibilités d'utiliser des compétences existantes ou d'en acquérir de nouvelles ; services non qualifiés difficiles d'accès.
- 4 L'absence totale de toute possibilité d'avoir des activités de jour aggrave les problèmes du patient.