



Directives concernant le relevé du HoNOS
pour la
structure tarifaire TARPSY

Version 1.1 / 02.11.2016

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“
01.01.2015 / Version 4, valable à partir du 01.01.2016

- HoNOS – Health of the Nation Outcome Scales. Version intégrale. Questionnaire „HoNOS“ y inclut glossaire et conventions de codage ANQ
28.01.2014 / Version 1

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

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.

(manifestation la plus grave) pendant la période de mesure et il ne faut pas répondre par rapport à l'état moyen du patient.

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. 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.

Le relevé de HoNOS doit être réalisé pour tous les patients, même s'ils devraient a priori résider moins de sept jours au sein de la clinique.

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.

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 7 jours suivant la mesure à l'admission puisque les périodes de référence du sondage (les derniers 7 jours) 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 	Pas de motifs de Drop-out, la personne responsable du cas effectue une mesure HoNOS dans les 3 jours suivant la sortie/le décès
--	---

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

1	Sortie dans les 7 jours suivant la mesure HoNOS à l'admission	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 HoNOS : glossaire et conventions de codage

Item 1 Comportement hyperactif, agressif, perturbateur ou agité

- Inclure tout comportement hyperactif, agressif, perturbateur ou agité ainsi que toute agression quelle qu'en soit la cause (p. ex. drogues, alcool, démence, psychose, dépression, etc.).
- Un comportement étrange doit être traité de manière distincte et consigné dans l'item 6 (troubles liés aux hallucinations et délires).
- Il convient également de consigner dans cet item la désinhibition sexuelle et la résistance active/agressive contre les mesures appliquées.

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

- **Attention:** cet item inclut la suicidalité **et** les lésions intentionnellement auto-infligées sans intentions suicidaires.
- Les blessures accidentelles (dues p.ex. à une démence ou à une déficience mentale sévère) ne sont pas incluses; les problèmes cognitifs qui ont pu causer une chute sont évalués dans l'item 4 et les blessures dans l'item 5
- Ne pas inclure les maladies ou blessures directement imputables à la consommation d'alcool évaluées dans l'item 3. Une cirrhose du foie ou une blessure suite à une conduite en état d'ivresse sont cotées dans 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

- Ne pas inclure les comportements agressifs ou destructeurs dus à la consommation d'alcool ou de drogues, cotés dans l'item 1.
- Ne pas inclure les maladies ou handicaps physiques dus à l'alcool ou aux drogues, cotés dans l'item 5.
- La consommation incontrôlée de médicaments ou dosages non prescrits (abus de médicaments) doit également être intégrée dans cet item. La prise de médicaments prescrits à raison du dosage prescrit ne doit pas être incluse, même si l'ordonnance semble problématique.
- Lorsqu'une nette dépendance à l'alcool ou aux drogues (craving) est dénotée, mais qu'en raison des conditions protégées, la consommation n'est pas possible, coter „3“ („Nette dépendance à l'alcool ou aux drogues“). Si la nette dépendance 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.

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

- Les problèmes de mémoire, d'orientation et de la pensée doivent être cotés ici, indépendamment du diagnostic posé, donc également p.ex. en cas de troubles d'apprentissage, démence, schizophrénie, etc.
- Les problèmes temporaires dus à la consommation d'alcool / de drogues (p.ex. gueule de bois) ne doivent pas être cotés ici mais dans l'item 3.
Exemples: 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.
- Les troubles de la pensée formelle sont également illustrés dans cet item.

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

- 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 doivent être consignés dans cet item, indépendamment de leur cause (p.ex. troubles de coordination ou faiblesse avec risque de chute, besoin d'aides à la marche, alitement, douleur).
- Inclure 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 inclure les troubles mentaux ou comportementaux cotés dans 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

- Inclure les hallucinations et les délires sans tenir compte du diagnostic.
- Inclure les comportements étranges ou bizarres liés à des hallucinations ou des délires.
- Ne pas inclure les comportements agressifs ou destructeurs dus à des symptômes psychotiques, codés dans l'item 1.
- Les troubles du moi sont également illustrés ici.
- Les symptômes négatifs marqués ne doivent pas être cotés ici, mais doivent être cotés dans 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 (p. ex. voix, visions), mais perturbent peu le patient ou génèrent peu de comportements bizarres, i.e. cliniquement présents mais légers
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 le patient

Item 7 Troubles liés à l'humeur dépressive

- **Ne pas** inclure l'hyperactivité ou l'agitation, cotées dans l'item 1.
- **Ne pas** inclure les idéations suicidaires ou les tentatives de suicide, évaluées dans l'item 2.
- **Ne pas** inclure les délires ou les hallucinations, cotées à l'item 6.
- Les pertes de l'élan vital **ne** sont **pas** illustrées ici mais – si elles prédominent le tableau clinique – dans 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

- L'item 8 du HoNOS doit être complété comme suit (algorithme obligatoire):
 1. La première étape consiste à déterminer le problème principal dans l'item 8 (= principal problème psychique 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.
 2. Seul ce problème et uniquement celui-ci est ensuite évalué
 3. 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

B = anxiété

C = obsessionnel-compulsif

D = lié au stress

E = dissociatif

F = somatoforme

G = alimentaire

H = sommeil

I = sexuel

J = autre, spécifier

0	Aucun de ces troubles durant la période considérée
1	Trouble mineur seulement
2	Un trouble est cliniquement présent à un niveau léger (p. ex. le patient maîtrise ses troubles dans une certaine mesure)
3	Détresse ou crise occasionnelle, avec perte de maîtrise sur les troubles (p. ex. 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

- Inclure les problèmes (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.
- Les problèmes relationnels dus à un manque de distance sont à consigner dans « Problèmes nets pour établir ou maintenir des relations sociales significatives » (cotation « 2 »).
- N'oubliez pas d'intégrer des informations provenant de relations établies avec p.ex. des médecins, le personnel de soin ou d'autres patients.

0	Aucun problème significatif durant la période
1	Problèmes légers non cliniques
2	Problèmes nets pour établir des relations significatives: 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

- Évaluer le niveau global de fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne, (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.
- Un manque de motivation pour recourir à des ressources d'entraide doit être inclus lorsque cela contribue à diminuer le niveau global de fonctionnement, p.ex. en cas de désintérêt pour la vie hors domicile.
- Ne pas inclure l'absence de possibilité de pratiquer des habiletés et compétences, évaluées dans les items 11 à 12.
- Des problèmes dans le domaine des soins en cas d'incontinence ou d'autres troubles divers doivent être illustrés dans cet item. L'incontinence ou d'autres troubles physiques doivent, quant à eux, être cotés dans 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)

- 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.
- Il convient d'évaluer la sévérité des problèmes liés à la qualité des conditions de vie, combinée à des tâches quotidiennes courantes dans l'appartement. Les besoins matériels de base sont-ils comblés (chauffage, lumière, hygiène)?
- N'évaluez pas le niveau du handicap fonctionnel mais uniquement la qualité des conditions environnementales. Les handicaps fonctionnels sont cotés dans 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 du patient
4	Le logement est inacceptable (p. ex. manque d'aménagements de base, 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

- Évaluer 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.).
- Ne pas évaluer le niveau du handicap fonctionnel lui-même, évalué à l'item 10.
- A l'image de l'item 11, il convient d'évaluer les conditions de vie de l'environnement habituel des patients (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.)
- Les conditions de vie liées aux conditions de logement ne doivent pas être illustrées ici mais à l'item 11.
- Exemples de codages supplémentaires:
 1. Les problèmes mineurs tels que 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

0	L'environnement quotidien du patient est acceptable: il aide à maintenir tout handicap coté à l'item 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