



Inventaire neuropsychiatrique

NPI-ES Version Équipe Soignante

INSTRUCTIONS

BUT

Le but de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. Le NPI-ES peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe (par exemple, dans le cadre d'une recherche ou d'une évaluation externe) **mais peut aussi être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante**. Comme dans le NPI, 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte dans le NPI-ES.

L'INTERVIEW DU NPI-ES

Le NPI-ES se base sur **les réponses d'un membre de l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge du patient**. L'entretien ou l'évaluation est conduit de préférence en l'absence du patient afin de faciliter une discussion ouverte sur des comportements qui pourraient être difficiles à décrire en sa présence.

Lorsque vous présentez l'interview NPI-ES au soignant, insistez sur les points suivants :

- Le but de l'interview.
- Les cotations de fréquence, gravité et retentissement sur les activités professionnelles.
- Les réponses se rapportent à des comportements qui ont été présents durant la semaine passée ou pendant d'autres périodes bien définies (par exemple depuis 1 mois ou depuis la dernière évaluation).
- Les réponses doivent être brèves et peuvent être formulées par "oui" ou "non".

Il est important de :

- Déterminer le temps passé par le soignant auprès du patient. Quel poste occupe le soignant ; s'occupe-t-il toujours du patient ou seulement occasionnellement ; quel est son rôle auprès du patient ; comment évalue-t-il la fiabilité des informations qu'il donne en réponse aux questions du NPI-ES ?
- Recueillir les traitements médicamenteux pris régulièrement par le patient.

QUESTIONS DE SÉLECTION

La question de sélection est posée pour déterminer si le changement de comportement est présent ou absent. Si la réponse à la question de sélection est négative, marquez "NON" et passez au domaine suivant. Si la réponse à la question de sélection est positive ou si vous avez des doutes sur la réponse donnée par le soignant ou encore s'il y a discordance entre la réponse du soignant et des données dont vous avez connaissance (ex : le soignant répond "NON" à la question de sélection sur l'euphorie mais le patient apparaît euphorique au clinicien), il faut marquer "OUI" et poser les sous-questions.

SOUS-QUESTIONS

Quand la réponse à la question de sélection est "OUI", il faut alors poser les sous questions. Dans certains cas, le soignant répond positivement à la question de sélection et donne une réponse négative à toutes les sous questions. Si cela se produit, demandez au soignant de préciser pourquoi il a répondu "OUI" à la question de sélection. S'il donne alors des informations pertinentes pour le domaine comportemental mais en des termes différents, le comportement doit alors être coté en gravité et en fréquence. Si la réponse "OUI" de départ est une erreur, et qu'aucune réponse aux sous-questions ne confirme l'existence du comportement, il faut modifier la réponse à la question de sélection en "NON".

NON APPLICABLE

Une ou plusieurs questions peuvent être inadaptées chez des patients très sévèrement atteints ou dans des situations particulières. Par exemple, les patients grabataires peuvent avoir des hallucinations mais pas de comportements moteurs aberrants. Si le clinicien ou le soignant pense que les questions ne sont pas appropriées, le domaine concerné doit être coté "NA" (Non Applicable, dans le coin supérieur droit de chaque feuille), et aucune autre donnée n'est enregistrée pour ce domaine. De même, si le clinicien pense que les réponses données sont invalides (ex : le soignant ne paraît pas comprendre une série de questions), il faut également coter "NA".

FRÉQUENCE

Pour déterminer la fréquence, posez la question suivante :

- "Avec quelle fréquence ces problèmes se produisent (définissez le trouble en décrivant les comportements répertoriés dans les sous-questions) ? Diriez-vous qu'ils se produisent moins d'une fois par semaine, environ une fois par semaine, plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours, ou tous les jours ?".

- 1 **Quelquefois** : moins d'une fois par semaine
- 2 **Assez souvent** : environ une fois par semaine
- 3 **Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours
- 4 **Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps

GRAVITÉ

Pour déterminer la gravité, posez la question suivante :

- "Quelle est la gravité de ces problèmes de comportement ? A quel point sont-ils perturbants ou handicapants pour le patient ? Diriez-vous qu'ils sont légers, moyens ou importants ?

- 1 **Léger** : changements peu perturbants pour le patient
- 2 **Moyen** : changements plus perturbants pour le patient mais sensibles à l'intervention du soignant
- 3 **Important** : changements très perturbants et insensibles à l'intervention du soignant

Le score du domaine est déterminé comme suit : score du domaine = fréquence x gravité

RETENTISSEMENT

Une fois que chaque domaine a été exploré et que le soignant a coté la fréquence et la gravité, vous devez aborder la question relative **au retentissement (perturbation) sur les occupations professionnelles du soignant**.

Pour se faire, demander au soignant si le comportement dont il vient de parler augmente sa charge de travail, lui coûte des efforts, du temps et le perturbe sur le plan émotionnel ou psychologique. Le soignant doit coter sa propre perturbation sur une échelle en 5 points :

- 0 **Pas du tout**
- 1 **Perturbation minimum** : presque aucun changement dans les activités de routine.
- 2 **Légèrement** : quelques changements dans les activités de routine mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail.
- 3 **Modérément** : désorganise les activités de routine et nécessite des modifications dans la gestion du temps de travail.
- 4 **Assez sévèrement** : désorganise, affecte l'équipe soignante et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail.
- 5 **Très sévèrement ou extrêmement** : très désorganisant, source d'angoisse majeure pour l'équipe soignante et les autres patients, prend du temps habituellement consacré aux autres patients ou à d'autres activités.

**Pour chaque domaine, il y a donc 4 scores possibles :
Fréquence, Gravité, (fréquence x gravité), Retentissement sur les activités professionnelles.**

Le score total au NPI-ES peut être calculé en additionnant tous les scores aux dix premiers domaines.

L'ensemble des scores aux 12 domaines peut aussi être calculé dans des circonstances spéciales comme lorsque les signes neurovégétatifs s'avèrent particulièrement importants. Le score de retentissement sur les activités professionnelles n'est pas pris en compte dans le score total du NPI-ES mais peut être calculé séparément comme le score total de retentissement sur les activités professionnelles en additionnant chacun des sous-scores retentissement de chacun des 10 (ou 12) domaines comportementaux.

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

En recherche clinique il existe plusieurs scores (cut off) possibles.

En pratique clinique les éléments les plus pertinents à retenir sont :

- le score fréquence x gravité pour chaque domaine (un score supérieur à 2 est pathologique).

RÉFÉRENCE

Sisco F., Taurel M., Lafont V., Bertogliati C., Baudu C., Giordana J.Y., Braccini T., Robert P.H. Troubles du comportement chez les sujets déments en institution : évaluation à partir de l'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes. L'Année Gériatrique, 14 : 151-171, 2000. **Copyrights** : Centre mémoire de ressources et de recherche - CHU de Nice.



Inventaire neuropsychiatrique

NPI-ES

Nom du patient :	Prénom du patient :	
Âge :	Sexe : ☐ H ☐ F	Date du test :

Fonction de la personne interviewée : _____

Type de relation avec le patient :

- ☐ très proche/prodigue des soins quotidiens,
☐ proche/s'occupe souvent du patient,
☐ pas très proche/donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient.

NA = question inadaptée (non applicable) - F x G = Fréquence x Gravité																			
ITEMS	NA ☐ X	Absent ☐ 0	Fréquence ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4				Gravité ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3			= F x G	Retentissement ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5								
Idées délirantes.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5		
Hallucinations.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5		
Agitation/Agressivité.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5		
Dépression/Dysphorie.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5		
Anxiété.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5		
Exaltation de l'humeur/Euphorie.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5		
Apathie/Indifférence.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5		
Désinhibition.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5		
Comportement moteur aberrant.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5		
SCORE TOTAL 10										☐									
CHANGEMENTS NEUROVÉGÉTATIFS																			
Sommeil.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5		
Appétit/Troubles de l'appétit.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5		
SCORE TOTAL 2										☐									
SCORE TOTAL 12										☐									

A	IDÉES DÉLIRANTES	p. 2
B	HALLUCINATIONS	p. 3
C	AGITATION / AGRESSIVITÉ	p. 4
D	DÉPRESSION / DYSPHORIE.....	p. 5
E	ANXIÉTÉ	p. 6
F	EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE	p. 7
G	APATHIE / INDIFFÉRENCE.....	p. 8
H	DÉSINHIBITION.....	p. 9
I	IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR	p. 10
J	COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT	p. 11
K	SOMMEIL	p. 12
L	APPÉTIT / TROUBLES DE L'APPÉTIT.....	p. 13

A IDÉES DÉLIRANTESNA ☐

- "Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ou de l'équipe soignante ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou que leur époux/épouse le/la trompe ? Le patient a-t-il d'autres croyances inhabituelles ?

NON : passez à la section suivante

OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Le patient/la patiente croit-il/elle être en danger ou que les autres ont l'intention de lui faire du mal ou lui ont fait du mal par le passé ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente croit-il/elle que les autres le/la volent ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint a une liaison ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente croit-il/elle que des membres de sa famille, de l'équipe soignante ou d'autres personnes ne sont pas ceux qu'ils prétendent être ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente croit-il/elle que des personnes que l'on voit à la télévision ou dans des magazines sont réellement présentes dans la pièce ? (essaie-t-il/elle de leur parler ou de communiquer avec elles ?)	☐	☐
6. Croit-il/elle en d'autres choses inhabituelles sur lesquelles je ne vous ai pas interrogé ?	☐	☐

Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces idées délirantes.

FRÉQUENCEQuelquefois : moins d'une fois par semaine..... ☐ 1Assez souvent : environ une fois par semaine..... ☐ 2Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours..... ☐ 3Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps..... ☐ 4**GRAVITÉ**Léger : les idées délirantes sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente..... ☐ 1Moyen : les idées délirantes sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente..... ☐ 2Important : les idées délirantes sont très perturbantes et représentent une source majeure de troubles du comportement..... ☐ 3**RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES**

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout..... ☐ 0Minimum..... ☐ 1Légèrement..... ☐ 2Modérément..... ☐ 3Sévèrement..... ☐ 4Très sévèrement, extrêmement..... ☐ 5

B HALLUCINATIONS**NA** ☐

- "Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? A-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? " (Si oui, demandez un exemple afin de déterminer s'il s'agit bien d'une hallucination). Le patient/la patiente s'adresse-t-il/elle à des personnes qui ne sont pas là ?

NON : passez à la section suivante**OUI** : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Le patient/la patiente dit-il/elle entendre des voix ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle entendait des voix ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui ne sont pas là ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente dit-il/elle voir des choses que les autres ne voient pas ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle voyait des choses que les autres ne voient pas (des personnes, des animaux, des lumières, etc...) ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente dit-il/elle sentir des odeurs que les autres ne sentent pas ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente dit-il/elle ressentir des choses sur sa peau ou semble-t-il/elle ressentir des choses qui rampent sur lui/elle ou qui le/la touchent ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente dit-il/elle ou se comporte-t-il comme si il/elle avait des goûts dans la bouche qui ne sont pas présents ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente décrit-il/elle d'autres sensations inhabituelles ?	☐	☐

Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces hallucinations.

FRÉQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine ☐ 1

Assez souvent : environ une fois par semaine ☐ 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours ☐ 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps ☐ 4

GRAVITÉ

Léger : les hallucinations sont présentes mais semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente ☐ 1

Moyen : les hallucinations sont éprouvantes et stessantes pour le patient/la patiente et provoquent des comportements inhabituels et étranges ☐ 2

Important : les hallucinations sont très stressantes et éprouvantes et représentent une source majeure de comportements inhabituels et étranges (l'administration d'un traitement occasionnel peut se révéler nécessaire pour les maîtriser) ☐ 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout ☐ 0

Minimum ☐ 1

Légèrement ☐ 2

Modérément ☐ 3

Sévèrement ☐ 4

Très sévèrement, extrêmement ☐ 5

C AGITATION / AGRESSIVITÉNA ☐

- "Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse l'aide des autres ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? Est-il/elle bruyant(e) et refuse-t-il/elle de coopérer ? Le patient/la patiente essaye-t-il/elle de blesser ou de frapper les autres ?"

NON : passez à la section suivante**OUI** : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Le patient/la patiente est-il/elle agacé(e) par les personnes qui essayent de s'occuper de lui/d'elle ou s'oppose-t-il/elle à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente est-il/elle buté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif(ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle d'autres comportements qui font qu'il n'est pas facile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente crie-t-il/elle, est-il/elle bruyant ou jure-t-il/elle avec colère ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pieds dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ?	☐	☐
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation ?	☐	☐
Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette agitation.		

FRÉQUENCE**Quelquefois** : moins d'une fois par semaine..... ☐ 1**Assez souvent** : environ une fois par semaine..... ☐ 2**Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours..... ☐ 3**Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps..... ☐ 4**GRAVITÉ****Léger** : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler par l'intervention du soignant..... ☐ 1**Moyen** : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile à contrôler..... ☐ 2**Important** : l'agitation est très stressante ou perturbante pour le patient/la patiente et est très difficile voire impossible à contrôler. Il est possible que le patient/la patiente se blesse lui-même et l'administration de médicaments est souvent nécessaire..... ☐ 3**RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES**

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout..... ☐ 0**Minimum**..... ☐ 1**Légèrement**..... ☐ 2**Modérément**..... ☐ 3**Sévèrement**..... ☐ 4**Très sévèrement, extrêmement**..... ☐ 5

D DÉPRESSION / DYSPHORIE**NA** ☐

- "Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ?
Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois ?"

NON : passez à la section suivante**OUI** : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu'il/elle est déprimée ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente se rabaisse-t-il/elle ou dit-il/elle qu'il/elle a l'impression d'être un(e) raté(e) ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente dit-il/elle qu'il/elle est quelqu'un de mauvais ou qu'il/elle mérite d'être puni(e) ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu'il/elle n'a pas d'avenir ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente dit-il/elle être un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente exprime-t-il/elle son désir de mourir ou parle-t-il/elle de se suicider ?	☐	☐
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes de dépression ou de tristesse ?	☐	☐

Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cet état dépressif.

FRÉQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine..... ☐ 1

Assez souvent : environ une fois par semaine..... ☐ 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours..... ☐ 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps..... ☐ 4

GRAVITÉ

Léger : l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer par l'intervention du soignant..... ☐ 1

Moyen : l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente et est difficile à soulager..... ☐ 2

Important : l'état dépressif est très perturbant et stressant et est difficile voire impossible à soulager..... ☐ 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout..... ☐ 0

Minimum..... ☐ 1

Légèrement..... ☐ 2

Modérément..... ☐ 3

Sévèrement..... ☐ 4

Très sévèrement, extrêmement..... ☐ 5

E ANXIÉTÉNA ☐

- "Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ?
Semble-t-il/elle très tendu(e) ou est-t-il/elle incapable de se détendre ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance ? "

NON : passez à la section suivante

OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Le patient/la patiente dit-il/elle se faire du souci au sujet des événements qui sont prévus comme des rendez-vous ou des visites de la famille ?	☐	☐
2. Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente se sent mal à l'aise, incapable de se relaxer ou excessivement tendu(e) ?	☐	☐
3. Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente a (ou se plaint d'avoir) le souffle coupé, il/elle cherche son souffle ou soupire sans autre raison apparente que sa nervosité ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente se plaint-il/elle d'avoir l'estomac noué, des palpitations ou le cœur qui cogne du fait de sa nervosité ? (symptômes non expliqués par des problèmes de santé)	☐	☐
5. Le patient/la patiente évite-t-il/elle certains endroits ou certaines situations qui le/la rendent plus nerveux(se) comme par exemple rencontrer des amis ou participer à des activités ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente est-il/elle nerveux(se) ou contrarié(e) lorsqu'il/elle est séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance ? (s'agrippe-t-il/elle à vous pour ne pas être séparé(e) ?)	☐	☐
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'anxiété ?	☐	☐
Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette anxiété.		

FRÉQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine.....	1
Assez souvent : environ une fois par semaine.....	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours.....	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps.....	4

GRAVITÉ

Léger : l'état d'anxiété est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer par l'intervention du soignant.....	1
Moyen : l'état d'anxiété est stressant pour le patient/la patiente et est difficile à soulager.....	2
Important : l'état d'anxiété est très perturbant et stressant et est difficile voire impossible à soulager.....	3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est-il perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout	0
Minimum	1
Légèrement	2
Modérément	3
Sévèrement	4
Très sévèrement, extrêmement	5

F EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE**NA** ☐

- "Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas d'une joie de vivre tout à fait normale mais, par exemple, du fait qu'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ?"

NON : passez à la section suivante**OUI** : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle se sentir trop bien ou être trop heureux(se) ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente trouve-t-il/elle drôles ou rit-il/elle pour des choses que les autres ne trouvent pas drôles ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente semble-t-il/elle avoir un sens de l'humour puéril et une tendance à rire sottement ou de façon déplacée (lorsqu'une personne est victime d'un incident malheureux par exemple) ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente raconte-t-il/elle des blagues ou fait-il/elle des réflexions qui ne font rire personne sauf lui/elle ?	☐	☐
5. Fait-il/elle des farces puériles telles que pincer les gens ou prendre des objets et refuser de les rendre juste pour s'amuser ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes révélant qu'il/elle se sent trop bien ou est trop heureux ?	☐	☐

Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette exaltation de l'humeur / euphorie.

FRÉQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine..... ☐ 1

Assez souvent : environ une fois par semaine..... ☐ 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours..... ☐ 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps..... ☐ 4

GRAVITÉ

Léger : le patient/la patiente semble parfois trop heureux/se..... ☐ 1

Moyen : le patient/la patiente semble parfois trop heureux/se et cela provoque des comportements étranges quelquefois..... ☐ 2

Important : le patient/la patiente semble presque toujours trop heureux/se et pratiquement tout l'amuse..... ☐ 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout..... ☐ 0

Minimum..... ☐ 1

Légèrement..... ☐ 2

Modérément..... ☐ 3

Sévèrement..... ☐ 4

Très sévèrement, extrêmement..... ☐ 5

G APATHIE / INDIFFÉRENCENA ☐

- "Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour participer aux activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux activités de groupe ?"

NON : passez à la section suivante

OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu de l'intérêt pour le monde qui l'entoure ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation ? (ne coter que si la conversation est possible)	☐	☐
3. Le patient/la patiente manque-t-il/elle de réactions émotionnelles auxquelles on aurait pu s'attendre (joie lors de la visite d'un ami ou d'un membre de la famille, intérêt pour l'actualité ou le sport, etc) ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d'intérêt habituels ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente reste-t-il/elle sagement assise sans se préoccuper de ce qui se passe autour de lui ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant qu'aucune activité nouvelle ne l'intéresse ?	☐	☐
Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette anxiété.		

FRÉQUENCEQuelquefois : moins d'une fois par semaine ☐ 1Assez souvent : environ une fois par semaine ☐ 2Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours ☐ 3Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps ☐ 4**GRAVITÉ**

Léger : le patient/la patiente manifeste parfois une perte d'intérêt pour les choses, mais cela affecte peu son comportement et sa participation aux activités ☐ 1

Moyen : le patient/la patiente manifeste une perte d'intérêt pour les choses qui ne s'atténue qu'à l'occasion d'événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille. ☐ 2

Important : le patient/la patiente manifeste une complète perte d'intérêt et de motivation ☐ 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout ☐ 0Minimum ☐ 1Légèrement ☐ 2Modérément ☐ 3Sévèrement ☐ 4Très sévèrement, extrêmement ☐ 5

H DÉSINHIBITION**NA** ☐

- "Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle des choses déplacées ou blessantes pour les autres ?"

NON : passez à la section suivante**OUI** : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Le patient/la patiente agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente dit-il/elle aux gens des choses déplacées ou blessantes ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente parle-t-il/elle ouvertement de questions très personnelles ou privées dont on ne parle pas, en général en public ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente caresse, touche ou étreint-il/elle les gens d'une façon désadaptée ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant une perte de contrôle de ses impulsions ?	☐	☐

Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette désinhibition.

FRÉQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine ☐ 1

Assez souvent : environ une fois par semaine ☐ 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours ☐ 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps ☐ 4

GRAVITÉ

Léger : le patient/la patiente agit parfois de façon impulsive mais cela n'est pas difficile à modifier ☐ 1

Moyen : le patient/la patiente est très impulsif/ve et son comportement est difficile à modifier ☐ 2

Important : le patient/la patiente est toujours impulsif/ve et son comportement est à peu près impossible à modifier ☐ 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout ☐ 0

Minimum ☐ 1

Légèrement ☐ 2

Modérément ☐ 3

Sévèrement ☐ 4

Très sévèrement, extrêmement ☐ 5

I IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEURNA ☐

- "Le patient/la patiente est-il/elle facilement irritable ou perturbé/e ? Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle extrêmement impatient(e) ?"

NON : passez à la section suivante

OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Le patient/la patiente a-t-il/elle mauvais caractère ? Est-ce qu'il/elle "sort de ses gonds" facilement pour des petits riens ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente a-t-il/elle des sautes d'humeur qui font qu'il/elle peut être très bien l'espace d'un moment et en colère l'instant d'après ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente a-t-il/elle de brusques accès de colère ?	☐	☐
4. Est-il/elle impatient(e), supportant mal les retards ou le fait de devoir attendre les activités qui sont prévues ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente est-il/elle grincheux(se) et irritable ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente cherche-t-il/elle les disputes et est-il/elle difficile à vivre ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'irritabilité ?	☐	☐
Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette irritabilité / instabilité de l'humeur.		

FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine..... 1

Assez souvent : environ une fois par semaine..... 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours..... 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps..... 4

GRAVITÉ

Léger : le patient/la patiente est parfois irritable mais cela n'est pas difficile à modifier..... 1

Moyen : le patient/la patiente est très irritable et son comportement est difficile à modifier..... 2

Important : le patient/la patiente est presque toujours irritable et son comportement est quasi impossible à modifier..... 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout..... 0

Minimum..... 1

Légèrement..... 2

Modérément..... 3

Sévèrement..... 4

Très sévèrement, extrêmement..... 5

J COMPOTEMENT MOTEUR ABERRANT**NA** ☐

- "Le patient/la patiente-t-il/elle des activités répétitives ou des rituels qu'il/elle reproduit de façon incessante comme faire les cent pas, tourner sur soi-même, tripoter des objets ou enrouler de la ficelle? (ne pas inclure les tremblements simples ou les mouvements de la langue)"

NON : passez à la section suivante**OUI** : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Le patient/la patiente tourne-t-il/elle en rond sans but apparent ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente farfouille-t-il/elle un peu partout, ouvrant et vidant les placards ou les tiroirs ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente n'arrête-t-il/elle pas de mettre et d'enlever ses vêtements ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle des activités répétitives comme boutonner et déboutonner, tripoter, envelopper, changer les draps, etc?	☐	☐
5. Y-a-t-il d'autres activités que le patient/la patiente ne cesse de répéter ?	☐	☐

Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ce comportement moteur aberrant.

FRÉQUENCE**Quelquefois** : moins d'une fois par semaine..... ☐ 1**Assez souvent** : environ une fois par semaine..... ☐ 2**Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours..... ☐ 3**Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps..... ☐ 4**GRAVITÉ****Léger** : le patient/la patiente manifeste parfois des comportements répétitifs, mais cela n'entrave pas les activités quotidiennes..... ☐ 1**Moyen** : les comportements répétitifs sont flagrants mais peuvent être maîtrisés avec l'aide du soignant..... ☐ 2**Important** : les comportements répétitifs sont flagrants et perturbants pour le patient/la patiente et sont difficiles voire impossibles à contrôler par le soignant..... ☐ 3**RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES**

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout..... ☐ 0**Minimum**..... ☐ 1**Légèrement**..... ☐ 2**Modérément**..... ☐ 3**Sévèrement**..... ☐ 4**Très sévèrement, extrêmement**..... ☐ 5

K SOMMEILNA ☐

- Cette partie du questionnaire devrait s'adresser uniquement aux membres de l'équipe soignante qui travaillent la nuit et qui observent le patient/la patiente directement ou qui ont une connaissance suffisante des activités nocturnes du patient/de la patiente (assistent aux transmissions de l'équipe de nuit à l'équipe du matin). Si le soignant interviewé ne connaît pas les activités nocturnes du patient/de la patiente, notez "NA".

"Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ? Reste-t-il/elle réveillé(e) la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou pénètre dans d'autres chambres ?"

NON : passez à la section suivante

OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Est-ce que le patient/la patiente éprouve des difficultés à s'endormir ?	☐	☐
2. Est-ce que le patient/la patiente se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait que le patient/la patiente se lève uniquement une fois ou deux fois par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ?	☐	☐
3. Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ?	☐	☐
4. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ?	☐	☐
5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt que les autres patients) ?	☐	☐
6. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres troubles dont nous n'avons pas parlé ?	☐	☐

Commentaires : Si la réponse à la question se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces troubles du sommeil.

FRÉQUENCEQuelquefois : moins d'une fois par semaine..... ☐ 1Assez souvent : environ une fois par semaine..... ☐ 2Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours..... ☐ 3Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps..... ☐ 4**GRAVITÉ**Léger : les troubles ne sont pas particulièrement perturbateurs pour le patient/la patiente..... ☐ 1Moyen : les troubles perturbent les autres patients. Plusieurs types de troubles peuvent être présents..... ☐ 2Important : les troubles perturbent vraiment beaucoup le patient/la patiente durant la nuit..... ☐ 3**RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES**

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout..... ☐ 0Minimum..... ☐ 1Légèrement..... ☐ 2Modérément..... ☐ 3Sévèrement..... ☐ 4Très sévèrement, extrêmement..... ☐ 5

L APPÉTIT / TROUBLES DE L'APPÉTIT**NA** ☐

- "Le patient/la patiente a-t-il/elle un appétit démesuré ou très peu d'appétit, y-a-t-il eu des changements dans son poids ou ses habitudes alimentaires (coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ?"

NON : passez à la section suivante**OUI** : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Est-ce que le patient/la patiente a perdu l'appétit ?	☐	☐
2. Est-ce que le patient/la patiente a plus d'appétit qu'avant ?	☐	☐
3. Est-ce que le patient/la patiente a maigri ?	☐	☐
4. Est-ce que le patient/la patiente a grossi ?	☐	☐
5. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans son comportement alimentaire comme par exemple de mettre trop de nourriture dans sa bouche en une seule fois ?	☐	☐
6. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans le type de nourriture qu'il/elle aime comme de manger, par exemple, trop de sucreries ou d'autres sortes de nourritures particulières ?	☐	☐
7. Est-ce que le patient/la patiente a développé des comportements alimentaires comme par exemple manger exactement le même type de nourriture chaque jour ou manger les aliments exactement dans le même ordre ?	☐	☐
8. Est-ce qu'il y a eu d'autres changements de son appétit ou de sa façon de manger sur lesquels je ne vous ai pas posé de questions ?	☐	☐

Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces changements de son appétit ou de sa façon de manger.

FRÉQUENCE

- "Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent..."

Quelquefois : moins d'une fois par semaine..... ☐ 1**Assez souvent** : environ une fois par semaine..... ☐ 2**Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours..... ☐ 3**Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps..... ☐ 4**GRAVITÉ****Léger** : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents mais n'ont pas entraîné de changement de poids et ne sont pas perturbants..... ☐ 1**Moyen** : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents et entraînent des fluctuations mineures de poids..... ☐ 2**Important** : des changements évidents dans l'appétit et les aliments sont présents, entraînent des fluctuations de poids, sont anormaux et d'une manière générale perturbent le patient..... ☐ 3**RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES**

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout..... ☐ 0**Minimum**..... ☐ 1**Légèrement**..... ☐ 2**Modérément**..... ☐ 3**Sévèrement**..... ☐ 4**Très sévèrement, extrêmement**..... ☐ 5