

# NPI - R

## Inventaire NeuroPsychiatrique - Réduit

Nom du patient :

Age :

Date de l'évaluation :

---

Le but de l'Inventaire NeuroPsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence, la gravité et le retentissement des troubles du comportement.

Le NPI permet d'évaluer 12 types de comportement différents.

---

### PRESENCE :

La présence de chaque trouble du comportement est évaluée par une question.

Les questions se rapportent aux changements de comportement du patient qui sont apparus depuis le début de la maladie ou depuis la dernière évaluation.

Si le sujet (votre femme, votre mari, ou la personne que vous aidez) ne présente pas ce trouble, entourez la réponse **NON** et passez à la question suivante.

---

### GRAVITE :

Si le sujet présente ce trouble entourez la réponse **OUI** et évaluez la GRAVITE du trouble du comportement avec l'échelle suivante :

1. **Léger :**            changement peu perturbant
  2. **Moyen :**            changement plus perturbant
  3. **Important :**        changement très perturbant
- 

### RETENTISSEMENT :

Pour chaque trouble du comportement qui est présent, il vous est aussi demandé d'évaluer le RETENTISSEMENT, c'est-à-dire à quel point ce comportement est éprouvant pour vous, selon l'échelle suivante.

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

# NPI - R

## Inventaire NeuroPsychiatrique - Réduit

### RECAPITULATIF

**Nom du patient :**

**Age:**

**Date de l'évaluation :**

**Type de relation avec le patient :**

X très proche/ prodigue des soins quotidiens

X proche/ s'occupe souvent du patient

X pas très proche/ donne seulement le traitement ou a peu d'interactions avec le patient

Items	NA	Absent	Gravité	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Comportement moteur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
<b>Score total</b>			<b>/ 36</b>	<b>/ 60</b>

NA = question inadaptée (non applicable)

## IDEES DÉLIRANTES

« 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 ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Est-il/elle vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses »

**NON** (score = 0) Passez à la question suivante    **OUI** Évaluez la gravité    **NA** = question non applicable

### **GRAVITE**

<b>1 – Léger</b> Changement peu important	<b>2 – Moyen</b> Changement plus important	<b>3 – Important</b> Changement très important
----------------------------------------------	-----------------------------------------------	---------------------------------------------------

**RETENTISSEMENT** A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

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

## HALLUCINATIONS

«Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, 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 ?

**NON** (score = 0) Passez à la question suivante    **OUI** Évaluez la gravité    **NA** = question non applicable

### **GRAVITE**

<b>1 – Léger</b> Changement peu important	<b>2 – Moyen</b> Changement plus important	<b>3 – Important</b> Changement très important
----------------------------------------------	-----------------------------------------------	---------------------------------------------------

**RETENTISSEMENT** A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

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

## AGITATION / AGRESSIVITÉ

« Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »

**NON** (score = 0) Passez à la question suivante    **OUI** Évaluez la gravité    **NA** = question non applicable

### **GRAVITE**

<b>1 – Léger</b> Changement peu important	<b>2 – Moyen</b> Changement plus important	<b>3 – Important</b> Changement très important
----------------------------------------------	-----------------------------------------------	---------------------------------------------------

**RETENTISSEMENT** A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

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

## DEPRESSION / DYSPHORIE

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

**NON** (score = 0) Passez à la question suivante    **OUI** Évaluez la gravité    **NA** = question non applicable

### GRAVITE

<b>1 – Léger</b> Changement peu important	<b>2 – Moyen</b> Changement plus important	<b>3 – Important</b> Changement très important
----------------------------------------------	-----------------------------------------------	---------------------------------------------------

**RETENTISSEMENT** A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

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

## ANXIETE

« 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 a-t-il/elle du mal à rester en place ? A-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »

**NON** (score = 0) Passez à la question suivante    **OUI** Évaluez la gravité    **NA** = question non applicable

### GRAVITE

<b>1 – Léger</b> Changement peu important	<b>2 – Moyen</b> Changement plus important	<b>3 – Important</b> Changement très important
----------------------------------------------	-----------------------------------------------	---------------------------------------------------

**RETENTISSEMENT** A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

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

## EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? (Il ne s'agit pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille). Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »

**NON** (score = 0) Passez à la question suivante    **OUI** Évaluez la gravité    **NA** = question non applicable

### GRAVITE

<b>1 – Léger</b> Changement peu important	<b>2 – Moyen</b> Changement plus important	<b>3 – Important</b> Changement très important
----------------------------------------------	-----------------------------------------------	---------------------------------------------------

**RETENTISSEMENT** A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

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

## APATHIE / INDIFFERENCE

« Le patient/la patiente semble-il/elle montrer moins d'intérêt pour ses activités ou pour son entourage ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? »

**NON** (score = 0) Passez à la question suivante    **OUI** Evaluez la gravité    **NA** = question non applicable

### GRAVITE

#### 1 – Léger

Changement peu important

#### 2 – Moyen

Changement plus important

#### 3 – Important

Changement très important

**RETENTISSEMENT** A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

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

## DESINHIBITION

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ?  
Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? »

**NON** (score = 0) Passez à la question suivante    **OUI** Evaluez la gravité    **NA** = question non applicable

### GRAVITE

#### 1 – Léger

Changement peu important

#### 2 – Moyen

Changement plus important

#### 3 – Important

Changement très important

**RETENTISSEMENT** A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

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

## IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR

« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ?  
Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? »

**NON** (score = 0) Passez à la question suivante    **OUI** Evaluez la gravité    **NA** = question non applicable

### GRAVITE

#### 1 – Léger

Changement peu important

#### 2 – Moyen

Changement plus important

#### 3 – Important

Changement très important

**RETENTISSEMENT** A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

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

## COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

« Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme par exemple ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ? »

**NON** (score = 0) Passez à la question suivante    **OUI** Evaluez la gravité    **NA** = question non applicable

### GRAVITE

#### 1 – Léger

Changement peu important

#### 2 – Moyen

Changement plus important

#### 3 – Important

Changement très important

### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout    0

Minimum    1

Légalement    2

Modérément    3

Sévèrement    4

Très sévèrement, extrêmement    5

## SOMMEIL

« 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)

Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ? »

**NON** (score = 0) Passez à la question suivante    **OUI** Evaluez la gravité    **NA** = question non applicable

### GRAVITE

#### 1 – Léger

Changement peu important

#### 2 – Moyen

Changement plus important

#### 3 – Important

Changement très important

### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout    0

Minimum    1

Légalement    2

Modérément    3

Sévèrement    4

Très sévèrement, extrêmement    5

## APPETIT / TROUBLES DE L'APPETIT

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, 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** (score = 0) Passez à la question suivante    **OUI** Evaluez la gravité    **NA** = question non applicable

### GRAVITE

#### 1 – Léger

Changement peu important

#### 2 – Moyen

Changement plus important

#### 3 – Important

Changement très important

### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout    0

Minimum    1

Légalement    2

Modérément    3

Sévèrement    4

Très sévèrement, extrêmement    5