

# INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE

## NPI

Nom:

Age:

Date de l'évaluation

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité De l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5

NA = question inadaptée (non applicable)

F x G = Fréquence x Gravité

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, J.L. Cummings, 1994

Traduction Française P.H.Robert. *Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - Nice - France 1996*

Le NPI est protégé par un copyright.

**A. IDEES DÉLIRANTES****(NA)**

« 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 ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m'intéresse, c'est de savoir si le patient/la patiente est vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses »

**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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente croit-il/elle que les autres le/la volent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint a une liaison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente croit-il/elle que des hôtes indésirables vivent sous son toit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint ou d'autres personnes ne sont pas ceux qu'ils prétendent être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la croit-il/elle qu'il/elle n'est pas chez lui/elle dans la maison où il/elle habite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente croit-il/elle que des membres de sa famille ont l'intention de l'abandonner ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Est-ce que 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 sa maison ? (essaie-t-il/elle de leur parler ou de communiquer avec elles ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Croit-il/elle en d'autres choses inhabituelles sur lesquelles je ne vous ai pas interrogé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**FREQUENCE**

« 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... »

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

**GRAVITE**

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

<b>Léger</b> : les idées délirantes sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente.	<b>1</b>
<b>Moyen</b> : les idées délirantes sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente.	<b>2</b>
<b>Important</b> : les idées délirantes sont très perturbantes et représentent une source majeure de trouble du comportement (l'utilisation de médicaments «à la demande» indique que les idées délirantes ont un degré de gravité important).	<b>3</b>

**RETENTISSEMENT**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entouré)

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

**B. HALLUCINATIONS****(NA)**

«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 ? Je ne parle pas du simple fait de croire par erreur à certaines choses par exemple affirmer que quelqu'un est encore en vie alors qu'il est décédé. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente voit ou entend vraiment des choses anormales ? »

**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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui ne sont pas là ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente dit-il/elle sentir des odeurs que les autres ne sentent pas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente dit-il/elle avoir des goûts dans la bouche dont on ne connaît pas la cause ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente décrit-il/elle d'autres sensations inhabituelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**FREQUENCE**

« 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... »

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

**GRAVITE**

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

<b>Léger</b> : les hallucinations sont présentes mais semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente.	<b>1</b>
<b>Moyen</b> : les hallucinations sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente.	<b>2</b>
<b>Important</b> : les hallucinations sont très perturbantes et représentent une source majeure de trouble du comportement. Il peut se révéler nécessaire d'administrer des médicaments « à la demande » pour les maîtriser.	<b>3</b>

**RETENTISSEMENT**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

**C. AGITATION / AGRESSIVITÉ****(NA)**

« 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** 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente est-il/elle buté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif(ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente crie-t-il/elle ou jure-t-il/elle avec colère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette agitation

**FREQUENCE**

« 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... »

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

**GRAVITE**

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

<b>Léger</b> : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant.	<b>1</b>
<b>Moyen</b> : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler.	<b>2</b>
<b>Important</b> : l'agitation est très perturbante pour le patient/la patiente et représente une source majeure de difficultés ; il est possible que le patient/la patiente ait peur qu'on lui fasse du mal. L'administration de médicaments est souvent nécessaire.	<b>3</b>

**RETENTISSEMENT**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

**D. DEPRESSION / 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) ? »

**NON** Passez à la section suivante**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente pleure facilement ou sanglote, ce qui semblerait indiquer qu'il/elle est triste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu'il/elle est triste ou qu'il/elle n'a pas le moral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu'il/elle n'a pas d'avenir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente dit-il/elle est un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente exprime-t-il/elle son désir de mourir ou parle-t-il/elle de se suicider ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes de dépression ou de tristesse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**FREQUENCE**

« 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... »

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

**GRAVITE**

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

<b>Léger</b> : l'état dépressif est éprouvant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant.	<b>1</b>
<b>Moyen</b> : l'état dépressif est éprouvant pour le patient/la patiente ; les symptômes dépressifs sont exprimés spontanément par le patient/la patiente et sont difficiles à soulager.	<b>2</b>
<b>Important</b> : l'état dépressif est très éprouvant et représente une source majeure de souffrance pour le patient/la patiente.	<b>3</b>

**RETENTISSEMENT**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entouré)

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

**E. ANXIETE****(NA)**

« 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 ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »

**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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Y-a-t-il des période 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente se plaint-il/elle d'avoir l'estomac noué, des palpitations ou le coeur qui cogne du fait de sa nervosité ? (Symptômes non expliqués par des problèmes de santé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente évite-t-il/elle certains endroits ou certaines situations qui le/la rendent plus nerveux(se) comme par exemple circuler en voiture, rencontrer des amis ou se trouver au milieu de la foule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente est-il/elle nerveux(se) ou contrarié(e) lorsqu'il/elle est séparé(e) de vous (ou de la personne qui s'occupe de lui/d'elle) ? (S'agrippe-t-il/elle à vous pour ne pas être séparé(e)) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'anxiété ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette anxiété

**FREQUENCE**

« 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... »

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

**GRAVITE**

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

<b>Léger</b> : l'état d'anxiété est éprouvant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant.	<b>1</b>
<b>Moyen</b> : l'état d'anxiété est éprouvant pour le patient/la patiente ; les symptômes d'anxiété sont exprimés spontanément par le patient/la patiente et sont difficiles à soulager.	<b>2</b>
<b>Important</b> : l'état d'anxiété est très éprouvant et représente une source majeure de souffrance pour le patient/la patiente.	<b>3</b>

**RETENTISSEMENT**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

<b>Pas du tout</b>	0	<b>Modérément</b>	3
<b>Minimum</b>	1	<b>Sévèrement</b>	4
<b>Légèrement</b>	2	<b>Très sévèrement, extrêmement</b>	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 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** 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) par rapport à son état habituel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente trouve-t-il/elle drôle ou rit-il/elle pour des choses que les autres ne trouvent pas drôle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente se vante-t-il/elle ou prétend-il/elle avoir plus de qualités ou de richesses qu'il/elle n'en a en réalité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes révélant qu'il/elle se sent trop bien ou est trop heureux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**FREQUENCE**

« 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... »

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

**GRAVITE**

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

<b>Léger</b> : l'humeur joyeuse est perçue par les amis et la famille mais ne perturbe pas le patient/la patiente	<b>1</b>
<b>Moyen</b> : l'humeur joyeuse est nettement anormale	<b>2</b>
<b>Important</b> : l'humeur joyeuse est très prononcée ; le patient/la patiente est euphorique et pratiquement tout l'amuse.	<b>3</b>

**RETENTISSEMENT**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entouré)

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

**G. APATHIE / INDIFFERENCE****(NA)**

« 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 entreprendre de nouvelles activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ? Est-il/elle apathique ou indifférent(e) ? »

<b>NON</b>	Passez à la section suivante	<b>OUI</b>	Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
			1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle moins spontané(e) ou actif(ve) que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			2. Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			3. Par rapport à son état habituel, le patient/la patiente se montre-t-il/elle moins affectueux(se) ou manque-t-il/elle de sentiments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			4. Le patient/la patiente participe-t-il/elle moins aux tâches ménagères (corvées) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle moins s'intéresser aux activités et aux projets des autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			6. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			7. Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d'intérêt habituels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant qu'aucune activité nouvelle ne l'intéresse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette apathie / indifférence.

**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... »

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

**DEGRÉ DE GRAVITÉ**

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

<b>Léger</b> : l'apathie est perceptible mais a peu de conséquences sur les activités quotidiennes ; la différence est légère par rapport au comportement habituel du patient/de la patiente ; le patient/la patiente réagit positivement lorsqu'on lui suggère d'entreprendre des activités.	<b>1</b>
<b>Moyen</b> : l'apathie est flagrante ; elle peut être surmontée grâce aux persuasions et encouragements de la personne s'occupant du patient/de la patiente : elle ne disparaît spontanément qu'à l'occasion d'événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille.	<b>2</b>
<b>Important</b> : l'apathie est flagrante et la plupart du temps aucun encouragement ni événement extérieur ne parvient à la faire disparaître.	<b>3</b>

**RETENTISSEMENT**: A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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



**H. DESINHIBITION****(NA)**

« 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 ? Fait-il/elle des choses qui sont embarrassantes pour vous ou 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente dit-il/elle aux gens des choses déplacées ou blessantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel, chose qu'il/elle n'aurait pas faite habituellement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente prend-il/elle des libertés, touche-t-il/elle les gens ou les prend-il/elle dans ses bras d'une façon qui lui ressemble peu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant une perte de contrôle de ses impulsions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**FREQUENCE**

« 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... »

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

**GRAVITE**

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

<b>Léger</b> : l'impulsivité est perceptible mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose et en le/la conseillant.	<b>1</b>
<b>Moyen</b> : l'impulsivité est flagrante et peut difficilement être surmontée par la personne s'occupant du patient/de la patiente.	<b>2</b>
<b>Important</b> : l'impulsivité est insensible à toute intervention de la personne s'occupant du patient/de la patiente et est une source de gêne ou d'embarras en société.	<b>3</b>

**RETENTISSEMENT**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

**I. IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR****(NA)**

« 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) ? Je ne parle pas de la contrariété résultant des trous de mémoire ou de l'incapacité d'effectuer des tâches habituelles. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente fait preuve d'une irritabilité, d'une impatience anormales, ou a de brusques changements d'humeur qui ne lui ressemblent pas ».

**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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente a-t-il/elle de brusques accès de colère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est-il/elle impatient(e), supportant mal les retards ou le fait de devoir attendre les activités qui sont prévues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente est-il/elle grincheux(se) et irritable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente cherche-t-il/elle les disputes et est-il/elle difficile à vivre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'irritabilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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**

« 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... »

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

**GRAVITE**

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

<b>Léger</b> : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur est perceptible mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose et en le/la rassurant.	<b>1</b>
<b>Moyen</b> : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur sont flagrantes et peuvent difficilement être surmontées par la personne s'occupant du patient/de la patiente.	<b>2</b>
<b>Important</b> : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur sont flagrantes ; elles sont généralement insensibles à toute intervention de la personne s'occupant du patient/de la patiente et sont très éprouvantes .	<b>3</b>

**RETENTISSEMENT**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

## J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

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

**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 dans la maison sans but apparent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente farfouille-t-il/elle un peu partout, ouvrant et vidant les placards ou les tiroirs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente n'arrête-t-il/elle pas de mettre et d'enlever ses vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle des activités répétitives ou des « manies » qu'il recommence sans cesse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente a-t-il/elle des gestes répétitifs comme par exemple tripoter des boutons ou des choses, enrouler de la ficelle, etc. ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente a-t-il/elle trop la bougeotte, semble-t-il/elle incapable de rester tranquillement assis(e) ou lui arrive-t-il fréquemment de balancer les pieds ou de tapoter des doigts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Y-a-t-il d'autres activités que le patient/la patiente ne cesse de répéter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

### FREQUENCE

« 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... »

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

### GRAVITE

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

<b>Léger</b> : le comportement moteur aberrant est perceptible mais il a peu de conséquences sur les activités quotidiennes du patient/de la patiente.	<b>1</b>
<b>Moyen</b> : le comportement moteur aberrant est flagrant mais il peut être maîtrisé par la personne s'occupant du patient/de la patiente.	<b>2</b>
<b>Important</b> : le comportement moteur aberrant est flagrant. Il est généralement insensible à toute intervention de la personne s'occupant du patient/de la patiente et est très éprouvant.	<b>3</b>

### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entouré)

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

**K. SOMMEIL****(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)? Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ?»

**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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Est-ce que le patient/la patiente se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait que le patient se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est-ce que le patient/la patiente vous réveille durant la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt qu'il/elle en avait l'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Est-ce que le patient/la patiente dort de manière excessive pendant la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres comportements qui vous préoccupent et dont nous n'avons pas parlé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**FREQUENCE**

« 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... »

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

**GRAVITE**

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

<b>Léger</b> : des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs.	<b>1</b>
<b>Moyen</b> : des comportements nocturnes se produisent, perturbent le patient et le sommeil du caregiver. Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présente.	<b>2</b>
<b>Important</b> : des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du caregiver) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante).	<b>3</b>

**RETENTISSEMENT**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

**L. APPETIT / TROUBLES DE L'APPETIT****(NA)**

« 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** 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Est-ce que le patient/la patiente a plus d'appétit qu'avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est-ce que le patient/la patiente a maigri ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est-ce que le patient/la patiente a grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans son comportement alimentaire comme de mettre par exemple trop de nourriture dans sa bouche en une seule fois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est-ce que le patient/la a eu un changement dans le type de nourriture qu'il/elle aime comme de manger par exemple :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Trop de sucreries ou d'autres sortes de nourritures particulières ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**FREQUENCE**

« 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... »

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

**GRAVITE**

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

<b>Léger</b> : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents mais n'ont pas entraîné de changement de poids et ne sont pas perturbants.	<b>1</b>
<b>Moyen</b> : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents et entraînent des fluctuations mineures de poids.	<b>2</b>
<b>Important</b> : des changements évidents dans l'appétit et les aliments sont présents et entraînent des fluctuations de poids, sont embarrassants et d'une manière générale perturbent le patient.	<b>3</b>

**RETENTISSEMENT**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entouré)

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