

Nom  
Date

Soignant interviewé  
Evalueur

(NA)

**A. IDEES DELIRANTES**

“ 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

	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
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 ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/ 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 membres de sa famille, de l’équipe soignante ou d’autres personnes ne sont pas ceux qu’ils prétendent être ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Croit-il/elle en d’autres choses inhabituelles sur lesquelles je ne vous ai pas interrogé ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Commentaires:*

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

<b>FREQUENCE</b>			
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	

**GRAVITE**

Léger: les idées délirantes sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente. ....	1	
Moyen: les idées délirantes sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente. ....	2	
Important: les idées délirantes sont très perturbantes et représentent une source majeure de troubles du comportement .....	3	

**RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?					
Pas du tout	0		Modérément	3	
Minimum	1		Sévèrement	4	
Légèrement	2		Très sévèrement	5	

**INTERPRETATION**

FREQUENCE	X	GRAVITE		SCORE DOMAINE
0	X	0	>>>>>>>>	0

(NA)

## B. HALLUCINATIONS

“ 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 s’adresse-t-il à des personnes qui ne sont pas là?

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

- |   | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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 ou se comporte-t-il comme si il/elle avait des goûts dans la bouche qui ne sont pas présents ? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Le patient/la patiente décrit-il/elle d’autres sensations inhabituelles ? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Commentaires:

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

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	

GRAVITE			
<b>Léger:</b> les hallucinations sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente.	.....	1	
<b>Moyen:</b> les hallucinations sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente. et provoquent des comportements inhabituels étranges		2	
<b>Important:</b> les hallucinations sont très stressantes et représentent une source majeure de comportements inhabituels et étranges (l’administration d’un traitement occasionnel peut être nécessaire pour les maîtriser)		3	

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES					
A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?					
Pas du tout	0		Modérément	3	
Minimum	1		Sévèrement	4	
Légèrement	2		Très sévèrement	5	

### INTERPRETATION

FREQUENCE	X	=	GRAVITE	X	SCORE DOMAINE
0	X		0	X	0
			>>>>>>>>		

(NA)

**C. AGITATION / AGRESSIVITE**

“ 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 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

- |  | <b>Oui</b>                     | <b>Non</b>               |
|--|--------------------------------|--------------------------|
| 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, est-il/elle bruyant 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   | ..... <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"/> |

*Commentaires:*

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

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

<b>GRAVITE</b>	
<b>Léger:</b> ce comportement est perturbant pour le patient, mais il est possible de le contrôler par l'intervention du soignant.	..... 1 <input type="checkbox"/>
<b>Moyen:</b> ce comportement est perturbant pour le patient, et il est difficile de le contrôler.	2 <input type="checkbox"/>
<b>Important:</b> agitation très stressante ou perturbante pour le patient et très difficile voire impossible à contrôler. Il est possible que le patient se blesse lui-même et des médicaments sont souvent nécessaire.	3 <input type="checkbox"/>

<b>RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES</b>			
A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?			
Pas du tout	0 <input type="checkbox"/>	Modérément	3 <input type="checkbox"/>
Minimum	1 <input type="checkbox"/>	Sévèrement	4 <input type="checkbox"/>
Légèrement	2 <input type="checkbox"/>	Très sévèrement	5 <input type="checkbox"/>

**INTERPRETATION**

FREQUENCE	X	=	GRAVITE	>>>>>>>	SCORE DOMAINE
<input type="text" value="0"/>	X		<input type="text" value="0"/>		<input type="text" value="0"/>

(NA)

**D. 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) ? 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? .....	<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 déprimée? .....	<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 être 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"/>

*Commentaires:*

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

**FREQUENCE**

Quelquefois : moins d’une fois par semaine .....	1	<input type="text"/>
Assez souvent : environ une fois par semaine .....	2	<input type="text"/>
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours .....	3	<input type="text"/>
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps .....	4	<input type="text"/>

**GRAVITE**

<b>Léger:</b> l’état dépressif est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l’atténuer par l’intervention du soignant. ....	1	<input type="text"/>
<b>Moyen:</b> l’état dépressif est stressant pour le patient/la patiente et est difficile à soulager. ....	2	<input type="text"/>
<b>Important:</b> l’état dépressif est très perturbant et stressant et est difficile voire impossible à soulager. ....	3	<input type="text"/>

**RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?					
Pas du tout	0	<input type="text"/>	Modérément	3	<input type="text"/>
Minimum	1	<input type="text"/>	Sévèrement	4	<input type="text"/>
Légèrement	2	<input type="text"/>	Très sévèrement	5	<input type="text"/>

**INTERPRETATION**

=

FREQUENCE	X	GRAVITE	=	SCORE DOMAINE
<input type="text" value="0"/>	X	<input type="text" value="0"/>	>>>>>>>	<input type="text" value="0"/>

(NA)

**E. 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 ou est-t-il/elle incapables 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 évènements 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 coeur 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

FREQUENCE			
Quelquefois : moins d’une fois par semaine	.....	1	<input type="text"/>
Assez souvent : environ une fois par semaine	.....	2	<input type="text"/>
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	.....	3	<input type="text"/>
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	.....	4	<input type="text"/>

GRAVITE			
<b>Léger:</b> 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	<input type="text"/>
<b>Moyen:</b> l’état d’anxiété est stressant pour le patient/la et difficile à soulager.		2	<input type="text"/>
<b>Important:</b> l’état d’anxiété est très stressant et perturbant et difficile voire impossible à soulager.		3	<input type="text"/>

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES			
A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?			
Pas du tout	0	<input type="text"/>	Modérément
Minimum	1	<input type="text"/>	Sévèrement
Légèrement	2	<input type="text"/>	Très sévèrement
			3
			4
			5

**INTERPRETATION**

FREQUENCE	X	GRAVITE		SCORE DOMAINE
<input type="text" value="0"/>	X	<input type="text" value="0"/>	>>>>>>>	<input type="text" value="0"/>

(NA)

**F. EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE**

“ 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 drôle ou rit-il/elle pour des choses que les autres ne trouvent pas drôle ? .....
- 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 puérides 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

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

GRAVITE			
<b>Léger:</b> Le patient/la patiente semble parfois trop heureuse. peu éprouvantes pour le patient/la patiente.	.....	1	<input type="text"/>
<b>Moyen:</b> Le patient/la patiente semble parfois trop heureuse et cela provoque descomportements étranges quelqu	.....	2	<input type="text"/>
<b>Important:</b> Le patient/la patiente semble presque toujours trop heureuse et pratiquement tout l'amuse. de troubles du comportement	.....	3	<input type="text"/>

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES					
A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?					
Pas du tout	0	<input type="text"/>	Modérément	3	<input type="text"/>
Minimum	1	<input type="text"/>	Sévèrement	4	<input type="text"/>
Légèrement	2	<input type="text"/>	Très sévèrement	5	<input type="text"/>

**INERPRETATION**

=

FREQUENCE	X	GRAVITE	=	SCORE DOMAINE
<input type="text" value="0"/>	X	<input type="text" value="0"/>	>>>>>>>>	<input type="text" value="0"/>

(NA)

**G. APATHIE / INDIFFERENCE**

“ 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, 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 apathie/indifférence

**FREQUENCE**

Quelquefois : moins d’une fois par semaine	.....	1	<input type="text"/>
Assez souvent : environ une fois par semaine	.....	2	<input type="text"/>
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	.....	3	<input type="text"/>
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	.....	4	<input type="text"/>

**GRAVITE**

<b>Léger:</b> 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	<input type="text"/>
<b>Moyen:</b> Le patient/la patiente manifeste une perte d’intérêt pour les choses ne s’atténuant qu’à l’occasion d’événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille.	2	<input type="text"/>
<b>Important:</b> Le patient/la patiente manifeste une complète perte d’intérêt et de motivation.	3	<input type="text"/>

**RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?					
Pas du tout	0	<input type="text"/>	Modérément	3	<input type="text"/>
Minimum	1	<input type="text"/>	Sévèrement	4	<input type="text"/>
Légèrement	2	<input type="text"/>	Très sévèrement	5	<input type="text"/>

**INTERPRETATION**

=

FREQUENCE	X	GRAVITE	=	SCORE DOMAINE
<input type="text" value="0"/>	X	<input type="text" value="0"/>	>>>>>>>	<input type="text" value="0"/>

(NA)

**H. DESINHIBITION**

“ 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

**FREQUENCE**

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

**GRAVITE**

<b>Léger:</b> Le patient/la patiente agit parfois de façon impulsive mais cela n'est pas difficile à modifier.		1	<input type="text"/>
<b>Moyen:</b> Le patient/la patiente est très impulsif et son comportement est difficile à modifier.		2	<input type="text"/>
<b>Important:</b> Le patient/la patiente est toujours impulsif et son comportement est à peu près impossible à modifier.	.....	3	<input type="text"/>

**RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?					
Pas du tout	0	<input type="text"/>	Modérément	3	<input type="text"/>
Minimum	1	<input type="text"/>	Sévèrement	4	<input type="text"/>
Légèrement	2	<input type="text"/>	Très sévèrement	5	<input type="text"/>

**INTERPRETATION**

=

FREQUENCE	X	GRAVITE				SCORE DOMAINE
0	X	0	>>>>>>>		0	



(NA)

**I. IRRITABILITE / INSTABILITE DE L'HUMEUR (NA)**

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

**NON**  Passez à la section suivante, **OUI**

Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
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"/>

*Commentaires:*

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

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

<b>GRAVITE</b>			
<b>Léger:</b> Le patient/la patiente est parfois irritable mais cela n'est pas difficile à modifier. ....	1		<input type="text"/>
<b>Moyen:</b> Le patient/la patiente est très irritable et son comportement est difficile à modifier. ....	2		<input type="text"/>
<b>Important:</b> Le patient/la patiente est presque toujours irritable et son comportement est quasi impossible à modifier. ....	3		<input type="text"/>

<b>RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES</b>					
A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?					
Pas du tout	0	<input type="text"/>	Modérément	3	<input type="text"/>
Minimum	1	<input type="text"/>	Sévèrement	4	<input type="text"/>
Légèrement	2	<input type="text"/>	Très sévèrement	5	<input type="text"/>

**INTERPRETATION**

=

FREQUENCE	X	GRAVITE	=	SCORE DOMAINE
<input type="text" value="0"/>	X	<input type="text" value="0"/>	>>>>>>>>	<input type="text" value="0"/>

(NA)

**J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT**

“Le patient/la patiente-t-il/elle des activités répétitives ou des rituels qu’il 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

**FREQUENCE**

Quelquefois : moins d’une fois par semaine	.....	1	<input type="text"/>
Assez souvent : environ une fois par semaine	.....	2	<input type="text"/>
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	.....	3	<input type="text"/>
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	.....	4	<input type="text"/>

**GRAVITE**

<b>Léger:</b> Le patient/la patiente manifeste parfois des comportements répétitifs, mais cela n’entrave pas les activités quotidiennes.	.....	1	<input type="text"/>
<b>Moyen:</b> les comportements répétitifs sont flagrants mais peuvent être maîtrisés avec l’aide du soignant.		2	<input type="text"/>
<b>Important:</b> les comportements répétitifs sont flagrants et perturbants pour le patient/la patiente et sont difficiles voire impossible à contrôler par le soignant.	.....	3	<input type="text"/>

**RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?			
Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement	5

**INTERPRETATION**

=

FREQUENCE	X	GRAVITE	=	SCORE DOMAINE
<input type="text" value="0"/>	X	<input type="text" value="0"/>	>>>>>>>	<input type="text" value="0"/>

(NA)

**K. SOMMEIL**

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-cequ'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

- |   | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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 .....<br>(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 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"/> |
| 5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt que les autres patients)? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres troubles dont nous n'avons pas parlé? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Commentaires:*

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

**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 |  |

**GRAVITE**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Léger:</b> les troubles ne sont pas particulièrement perturbateurs pour le patient/la patiente. ....       | 1 |  |
| <b>Moyen:</b> les troubles perturbent les autres patients. Plusieurs types de troubles peuvent être présents. | 2 |  |
| <b>Important:</b> les troubles perturbent vraiment beaucoup le patient durant la nuit.                        | 3 |  |

**RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES**

- A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?
- |             |   |  |                 |   |  |
|-------------|---|--|-----------------|---|--|
| Pas du tout | 0 |  | Modérément      | 3 |  |
| Minimum     | 1 |  | Sévèrement      | 4 |  |
| Légèrement  | 2 |  | Très sévèrement | 5 |  |

**INTERPRETATION**

FREQUENCE	X	GRAVITE		SCORE DOMAINE
0	X	0	>>>>>>>	0

(NA)

**L. APPETIT / TROUBLES DE L'APPETIT**

“ 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

- |  | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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 par exemple de mettre trop de nourriture dans sa bouche en une seule fois ? .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 ex trop de sucreries ou d'autres sortes de nourritures particulières ? .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 aliment exactement dans le même ordre ? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Commentaires:*

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces troubles de l'appétit

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

<b>GRAVITE</b>			
<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.	.....	1	<input type="text"/>
<b>Moyen:</b> des changements dans l'appétit ou les aliments entraînent des fluctuations mineures de poids.		2	<input type="text"/>
<b>Important:</b> 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	<input type="text"/>

<b>RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES</b>					
A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?					
Pas du tout	0	<input type="text"/>	Modérément	3	<input type="text"/>
Minimum	1	<input type="text"/>	Sévèrement	4	<input type="text"/>
Légèrement	2	<input type="text"/>	Très sévèrement	5	<input type="text"/>

**INTERPRETATION**

FREQUENCE	X	GRAVITE		SCORE DOMAINE
<input type="text" value="0"/>	X	<input type="text" value="0"/>	>>>>>>>	<input type="text" value="0"/>



**NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI/ES)**

<b>Nom</b>			
<b>Age</b>	<b>Opérateur du test (nom et fonct°)</b>		
	<b>Personne interrogée (nom et fonct°)</b>		
<b>Date évaluation</b>			
<b>Fréquence</b> 1 = Occasionnel: moins d'une fois par semaine 2 = parfois: environ une fois par semaine 3 = Fréquent: plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours 4 = très fréquent: tous les jours ou continu	<b>Sévérité</b> 1 = léger – peu de retentissement 2 = Modéré – retentissement mais action aidant 3 = Sévère – très perturbant et insensible à l'action de l'aidant		<b>Retentissement sur le soignant</b> 0 = pas de retentissement 1 = Minimale 2 = léger 3 = Modéré 4 = Modérément sévère 5 = très sévère ou extrême

Pour chaque item, entourer le nombre correspond (fréquence, sévérité, et retentissement sur aidant). Si un item ne peut être évalué, ou si le clinicien pense que les réponses données sont invalides, la section concernée doit être cotée «NA»

Symptômes	N/A	Absent	Fréquence	Sévérité	FXG	Retentissement
1. Délire	X	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
2. Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
3. Agitation	X	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
4. Dépression	X	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
5. Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
6. Exaltation / Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
7. Apathie	X	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
8. Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
9. Irritabilité / Labilité	X	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
10. Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
11. Troubles du sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
12. Modification appétit, comportement alimentaire	X	0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5

Un score FXG > 2 est pathologique

Mais pour le PASA il faut:

un score supérieur à **3** à au moins un des 10 items