

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE

NPI *

VERSION FRANCAISE **

INSTRUCTION POUR LA PASSATION

Le but de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles psychologiques chez des patients souffrant de pathologies cérébrales. Le NPI a été mis au point pour être utilisé chez des patients présentant une maladie d'Alzheimer ou un autre type de démence, mais il peut se révéler utile dans l'évaluation des modifications du comportement survenant dans d'autres pathologies. Douze domaines comportementaux sont pris en compte dans le NPI :

| | |
|------------------|---|
| Idées délirantes | Apathie |
| Hallucinations | Désinhibition |
| Agitation | Irritabilité |
| Dépression | Comportement moteur aberrant |
| Anxiété | Comportement durant la nuit |
| Euphorie | Modification de l'appétit et des comportements alimentaires |

Le NPI se base sur les réponses obtenues d'un caregiver informé, de préférence vivant avec le patient. Si un observateur informé n'est pas disponible, cet outil ne peut pas être utilisé ou doit être modifié. L'interview est de préférence conduit avec le caregiver en l'absence du patient, afin de faciliter une discussion ouverte sur des comportements qui pourraient être difficiles à décrire en présence du patient. Lorsque vous présentez l'interview NPI au caregiver, insistez sur les points suivants :

- Le but de l'interview
- Les cotations-fréquence, gravité, retentissement (décrites ci-dessous)
- Les réponses se rapportent à des comportements qui sont nouveaux par rapport au début de la maladie et qui ont été présents pendant les quatre dernières semaines ou pendant une autre période bien définie.
- Les réponses aux questions peuvent habituellement être formulées par « oui » ou « non » et les réponses doivent être brèves.

* Cummings JL, Mega MS, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Gornbein T (1994) The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 41: 1374-1382.

** Le NPI est protégé par un copyright. L'autorisation de sa traduction a été obtenue auprès de l'auteur J.L.Cummings

Traduction Française P.H.Robert, 19966 *Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - Nice - France*

En commençant l'inventaire, dites au caregiver « ces questions sont faites pour évaluer le comportement de votre femme / mari / etc... Vous pouvez habituellement répondre par « oui » ou « non » et essayez, s'il vous-plaît de répondre brièvement ». Si le caregiver se lance dans des réponses élaborées qui apportent peu d'informations utiles, rappelez-lui la nécessité d'être bref. Certains des points évoqués sont pour le caregiver très perturbants au plan émotionnel et l'interviewer doit rassurer le caregiver sur le fait qu'ils discuteront plus en détails de ces problèmes une fois l'interview terminée.

Les questions doivent être posées exactement comme elles sont formulées par écrit. Si le caregiver ne comprend pas la question, il faut la clarifier. La reformulation des questions en des termes équivalents est une forme acceptable de clarification.

Les questions se rapportent aux changements de comportement du patient qui sont apparus depuis le début de la maladie. Les comportements présents tout au long de la vie du patient et qui n'ont pas changé au cours de l'évolution de la maladie ne sont pas cotés même s'ils sont anormaux (ex : anxiété, dépression). Les comportements qui ont été présents tout au long de la vie mais qui ont changé depuis la maladie sont à coter (ex : le patient a toujours été apathique mais il y a eu une augmentation notable au cours de la période sur laquelle porte l'enquête).

Le NPI est typiquement utilisé pour mesurer les changements de comportement du patient intervenus pendant une période de temps définie (ex : présents pendant les quatre dernières semaines ou pendant un autre intervalle de temps bien défini). Dans certaines études, le NPI peut être utilisé pour évaluer des changements causés par un traitement ou qui se sont produits depuis la dernière visite au médecin. L'intervalle de temps sur lequel porte la question doit alors être modifié pour traduire que l'intérêt se porte sur des changements récents. Insistez auprès du caregiver sur le fait que les questions se rapportent à des comportements qui sont apparus depuis le début de la maladie ou qui se sont modifiés depuis le début de la maladie. Les questions peuvent par exemple être formulées ainsi : « Depuis qu'il/elle a commencé le nouveau traitement... » ou bien « Depuis que la dose de ... a été augmentée... ».

La question de sélection est posée pour déterminer si le changement de comportement est présent ou absent. Si la réponse à la question de sélection est négative, marquez « NON » et procédez à la question suivante sans poser les sous-questions. Si la réponse à la question de sélection est positive ou si vous avez des doutes sur la réponse donnée par le caregiver ou encore s'il y a discordance entre la réponse du caregiver et des données dont vous avez connaissance (ex : le caregiver répond non à la question de sélection sur l'euphorie mais le patient apparaît euphorique au clinicien), la catégorie est à marquer « OUI » et est à explorer plus profondément par les sous-questions de la section agitation, le caregiver dit que les comportements de refus posent particulièrement problème, utilisez les comportements de refus pour évaluer la fréquence et la sévérité de l'agitation. Si deux comportements posent des problèmes importants, utilisez la fréquence et la sévérité des deux comportements pour coter. Si par exemple le patient a deux ou plusieurs types d'idées délirantes, utilisez la sévérité et la fréquence de l'ensemble des comportements délirants pour formuler les questions se rapportant à la sévérité et la fréquence.

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

Certaines sections comme les questions ayant trait à l'appétit sont structurées de façon à savoir s'il y a eu augmentation ou diminution (augmentation ou diminution de l'appétit, du poids). Si le caregiver répond « oui » à la première des questions allant par paire (comme par exemple : est-ce que le patient a maigri ?), ne posez pas la seconde question (est-ce que le patient a grossi ?), puisque la réponse à la seconde question est incluse dans la réponse à la première. Si le caregiver répond « non » à la première des questions allant par paire, posez alors la seconde question.

Pour déterminer la **FREQUENCE**, dites à la personne que vous interviewez « je voudrais maintenant savoir avec quelle fréquence ces problèmes se produisent (définissez en décrivant les comportements qu'ils ont notés comme les plus problématiques lors des sous-questions). Diriez-vous qu'ils se produisent moins d'une fois par semaine, environ une fois par semaine, plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours, ou tous les jours ? ». Certains comportements comme l'apathie finissent par devenir présents de façon continue et le terme « sont constamment présents » peut alors être substitué à « tous les jours ».

Pour déterminer la **GRAVITÉ**, dites à la personne que vous interviewez « je voudrais maintenant savoir quelle est la gravité de ces problèmes de comportement. Par gravité, je veux dire à quel point sont-ils perturbants ou handicapants pour le patient ? Diriez-vous qu'ils sont légers, moyens ou importants ? ». Au niveau de chaque section, des définitions complémentaires sont données et peuvent être utilisées par l'interviewer pour l'aider à clarifier chaque degré de gravité. Dans chaque cas, assurez-vous que le caregiver vous donne une réponse définitive sur la fréquence et la gravité des comportements. Ne devinez pas sur la base de votre discussion ce que le caregiver pourrait répondre. Nous avons trouvé utile de donner au caregiver une feuille de papier sur laquelle sont inscrites les descriptions pour la fréquence et la gravité (moins d'une fois par semaine, environ une fois par semaine, plusieurs fois par semaine et tous les jours ou constamment pour la fréquence, et léger, moyen ou important pour la gravité), ceci afin de lui permettre de visualiser les possibilités de réponse. Cela évite également à l'examineur de répéter les différentes possibilités à chaque question.

Une ou plusieurs questions peuvent être inadaptées chez des patients très sévèrement atteints ou dans des situations médicales particulières. Par exemple, les patients grabataires peuvent avoir des hallucinations ou être agités mais ne peuvent exprimer de comportements moteurs aberrants. Si le clinicien ou le caregiver pense que les questions ne sont pas appropriées, la section concernée doit être cotée « NA » (Not Applicable) (coin supérieur droit de chaque section), et aucune autre

donnée n'est enregistrée pour cette section. De même, si le clinicien pense que les réponses données sont invalides (ex : le caregiver ne paraît pas comprendre une série de questions), il faut également coter « NA »

Une fois que chaque domaine a été exploré et que le caregiver a coté la fréquence et la sévérité, vous pouvez, si votre protocole inclut cette évaluation, poser la question relative au **retentissement** sur le caregiver.

Pour ce faire, demander au caregiver, s'il y a lieu, si le comportement dont il/elle vient de parler, le perturbe sur le plan « **émotionnel ou psychologique** », et si oui, à quel point. Le caregiver doit coter sa propre perturbation sur une échelle à cinq points allant de

- 0 - pas de perturbation
- 1 - perturbation minimale
- 2 - légère
- 3 - modérée
- 4 - assez sévère
- 5 - très sévère ou extrême.

L'échelle de perturbation de cet instrument a été développée par Daniel Kaufer.

COTATION

La **fréquence** est cotée par :

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

La **gravité** est cotée par :

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

Dans chaque domaine, le score est déterminé comme suit :

$$\text{score du domaine} = \text{fréquence} \times \text{gravité}$$

Retentissement :

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

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

Dans chaque domaine il y a 4 scores : Fréquence, Gravité, Total (fréquence X gravité), Retentissement sur le caregiver

Il est possible de fournir en guise de guide à l'accompagnant la feuille suivante qui résume les différents scores

FRÉQUENCE :

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

GRAVITE :

1. Léger : changements peu perturbants
2. Moyen : changements plus perturbants
3. Important : changements très perturbants

RETENTISSEMENT :

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

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