



Thèse

2008

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

---

Validation de la version française de l'échelle HoNOS65+F pour la  
détection des troubles psychiatriques chez les patients déments

---

Rudhard-Thomazic, Valérie

**How to cite**

RUDHARD-THOMAZIC, Valérie. Validation de la version française de l'échelle HoNOS65+F pour la détection des troubles psychiatriques chez les patients déments. Doctoral Thesis, 2008. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:547

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:547>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:547](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:547)

**UNIVERSITE DE GENEVE**

**FACULTE DE MEDECINE**

Section de médecine clinique

Département de psychiatrie

Service de psychiatrie gériatrique

Thèse préparée sous la direction du Professeur Panteleimon Giannakopoulos

---

**VALIDATION DE LA VERSION FRANCAISE DE  
L'ECHELLE HONOS 65+F POUR LA DETECTION DES  
TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ LES PATIENTS  
DEMENTS**

Thèse

présentée à la Faculté de Médecine

de l'Université de Genève

pour obtenir le grade de Docteur en médecine

par

**Valérie RUDHARD-THOMAZIC**

de

Chêne-Bougeries (Genève)

**Thèse no 10540**

Genève

2008

## **RESUME**

Plusieurs études ont montré la validité de l'échelle Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) et HoNOS65+ dans l'évaluation clinique des patients déprimés ou avec troubles psychotiques. Peu d'études se sont toutefois focalisées sur l'étude d'une population de patients déments. L'échelle HoNOS65+ ayant été récemment validée en français (HoNOS65+F), nous avons évalué sa fiabilité dans une population de 30 patients modérément à sévèrement déments hospitalisés atteints de démence mixte ou de maladie d'Alzheimer. En début d'hospitalisation et en fin de séjour, plusieurs échelles d'évaluation ont été administrées (MMSE, GDS-15, CAGE, BPRS, ADL, IADL, GAF, CDR, BARS, HoNOS65+F). Les différentes échelles, hormis le HoNOS65+F, ont fait l'objet d'une validation préalable chez des patients psychiatriques âgés avec ou sans troubles cognitifs.

L'échelle HoNOS65+F montrait une bonne sensibilité à la détection des symptômes dépressifs dans notre population cible. De plus, les changements de scores à l'item de dépression de cette échelle montraient une très bonne sensibilité et spécificité par rapport au suivi de l'évolution clinique qui a été mesurée à l'aide du BPRS. Ces propriétés de l'HONOS65F+ ainsi que le fait qu'il s'agit d'une échelle facile à faire passer, brève et acceptable tant par les cliniciens que par les chercheurs permettent d'envisager son utilisation à large échelle dans le suivi de la dépression des patients déments.

## **REMERCIEMENTS**

- au Professeur Panteleimon Giannakopoulos, Chef du Département de Psychiatrie de l'Université de Genève, qui m'a permis de réaliser ce travail de thèse et pour ses conseils
  
- à la Dresse Alessandra Canuto, Médecin Adjoint au Service de Psychiatrie Gériatrique, Hôpital Cantonal Universitaire de Genève, pour sa disponibilité, et son soutien tout au long de ce travail
  
- au Dr François Herrmann, Médecin Adjoint Agrégé, Hôpital Cantonal Universitaire de Genève, pour sa précieuse collaboration pour les calculs statistiques

## **TABLE DES MATIERES**

Introduction

Clinique et classifications des démences

Evaluation standardisée des troubles du comportement et de la dépressivité chez le patient dément

L'échelle HoNOS: développement et validation chez l'adulte

L'HoNOS65+ et son utilisation dans la démence

Objectif des études

Validation de la version française du HoNOS65+

Sensibilité au changement du HoNOS65+F dans une population de patients déments avec comorbidité dépressive

Résultats et discussion

Conclusion

Références bibliographiques

Annexes

## INTRODUCTION

L'évaluation des patients présentant des troubles mentaux graves représente une difficulté à laquelle tout professionnel de la santé mentale est confronté. Les intervenants doivent évaluer leurs patients tant du point de vue des symptômes qu'au niveau du fonctionnement social, afin de formuler des objectifs à atteindre, de planifier des interventions et de pouvoir en mesurer les effets. Ces évaluations nécessaires dans la prise en charge quotidienne des patients, le sont aussi dans le domaine de la recherche en santé mentale.

Les troubles psychiatriques et du comportement sont fréquents chez les patients présentant une démence modérée et sont souvent associés à un déclin plus rapide des fonctions cognitives, à une augmentation des coûts des soins et du fardeau des soignants, ainsi qu'à une institutionnalisation précoce (1, 2, 3). Pour des symptômes dépressifs d'intensité identique, les patients présentant une démence modérée sont plus grandement handicapés socialement que ceux sans atteinte cognitive (4). Malgré leur grande prévalence, entre 20 et 30%, la spécificité des symptômes dépressifs dans la démence est toujours débattue (3).

L'évaluation des symptômes dépressifs chez les patients souffrant d'une démence est rendue difficile de part l'absence d'échelles cliniquement validées. En fait, les rares publications dans ce domaine révèlent les difficultés de l'identification des symptômes dépressifs dans cette population (distinction entre les symptômes dépressifs purs et l'apathie ou l'irritabilité liées à la démence) (5, 6) et la pauvreté des corrélations entre la sévérité des symptômes dépressifs et les scores des échelles cliniques telles que la Geriatric Depression Scale (GDS), la Montgomery and Asberg Depression Scale (MADRS), la Nurses Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER) et la Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) (7, 8).

Au début des années 90, suite à une demande du gouvernement britannique, l'unité de recherche clinique du Royal College of Psychiatrists créa une nouvelle échelle de mesure de l'état de santé et du fonctionnement social des personnes souffrant de troubles mentaux graves, le Health of Nation Outcome Scale (HoNOS). D'abord créée en anglais, une version française de l'échelle HoNOS pour patients adultes a été validée suite à une étude menée par Louzon et al (9) avec comme seule modification l'ajout d'un item concernant la compliance au traitement médicamenteux (10). Dernièrement, une version française de l'HONOS65+ (HoNOS65+F) a été développée et validée dans le cadre du Service de Psychiatrie Gériatrique

des Hôpitaux Universitaires de Genève (10). Cette thèse résume les principaux résultats du travail de validation et les complète avec l'analyse de l'efficacité du HoNOS65+F dans la détection et le suivi des symptômes dépressifs auprès d'une population de patients déments hospitalisés. Avant de présenter ce travail et pour familiariser le lecteur avec le champ de la démentologie, nous aborderons brièvement la classification diagnostique des syndromes démentiels ainsi que les méthodes d'évaluation des troubles du comportement et des symptômes dépressifs chez le patient dément.

## **CLINIQUE ET CLASSIFICATIONS DES DEMENCES**

La démence est une affection caractérisée par une altération grave du fonctionnement intellectuel. Elle est acquise, progressive et perturbe le fonctionnement social (11). Sous le terme de démence sont regroupées un ensemble d'affections associant une détérioration des fonctions intellectuelles, une altération des capacités d'adaptation, une modification de la personnalité et une détérioration du contrôle émotionnel et de la motivation (12).

### *Epidémiologie des démences*

Dans les différentes études épidémiologiques (13, 14), la prévalence des démences varie en fonction des critères diagnostiques et d'âge retenus. Néanmoins, les valeurs retenues oscillent entre 3,6 et 8,2% pour l'ensemble de la population âgée de 65 ans et plus. Il existe une relation étroite entre l'âge et la fréquence de la démence : la prévalence des démences est de 2 à 5% chez les 65 à 74 ans, mais elle double tous les cinq ans pour atteindre 30 à 40% chez les 85 ans et plus (12).

### *Clinique et classifications des démences*

Les symptômes observés lors d'un syndrome démentiel sont la conséquence directe d'une affection médicale générale (par exemple infectieuse ou métabolique), des effets persistants d'une substance (par exemple l'alcool), d'une affection du système nerveux central (maladie neurodégénérative, cérébrovasculaire, etc), ou de la combinaison de plusieurs processus (par ex. les effets combinés d'une maladie cérébrovasculaire et d'une maladie d'Alzheimer).

Le diagnostic de démence s'appuie sur l'histoire de la chronologie des symptômes (le profil évolutif), sur la clinique observée au moment du diagnostic, sur les résultats du bilan neuropsychologique, permettant de définir le type de déficit, et sur les examens paracliniques, notamment l'imagerie cérébrale. C'est l'ensemble de ces données qui permet de poser le diagnostic le plus probable, sachant que la certitude diagnostique n'est possible qu'après examen neuropathologique.

Les critères diagnostiques du syndrome démentiel ont fait l'objet de plusieurs classifications, principalement sous forme de description des symptômes (15, 16, 17, 18). Dans la pratique psychiatrique, les deux principalement utilisées sont la CIM 10 (19) et le DSM IV (20).

Selon la CIM 10, le syndrome démentiel requiert les critères suivants :

1. Mise en évidence de a) et b)
  - a) Altération de la mémoire (principalement faits récents)
  - b) Altération d'au moins une fonction cognitive
2. Absence d'obnubilation de la conscience
3. Au moins une des manifestations suivantes :
  - a) labilité émotionnelle
  - b) irritabilité
  - c) apathie
  - d) altération du comportement social
4. Evolution sur au moins 6 mois.

Selon le DSM IV, les éléments suivants sont nécessaires au diagnostic de syndrome démentiel :

- A. Apparition de déficit cognitifs multiples comme en témoigne la présence de 1) et 2)
  - 1) altération de la mémoire
  - 2) altération d'au moins une des fonctions suivantes :
    - a) phasie
    - b) praxie
    - c) gnosie
    - d) fonctions exécutives
- B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 interfèrent de manière significative avec le fonctionnement social et/ou professionnel, et constituent un déclin significatif par rapport au fonctionnement antérieur
- C. Le diagnostic de démence ne peut être posé si les déficits surviennent exclusivement au cours d'un delirium (état confusionnel).

Différentes étiologies sont responsables d'un tableau clinique évocateur d'un syndrome démentiel :

1 : le syndrome démentiel dû à une affection médicale générale (20): les principales étiologies sont le virus HIV, le traumatisme crânien, la maladie de Parkinson, la maladie de Huntington, la maladie de Pick, la maladie de Creutzfeld-Jakob, d'autres affections médicales générales.

2 : les affections dégénératives

**Tableau 1:**

<b>Maladie Alzheimer (MA) (20)</b>	<b>Démences frontotemporales (15)</b>	<b>Démence à Corps de Lewy (16)</b>	<b>Dégénérescence corticobasale (17)</b>	<b>Démences et maladie du motoneurone</b>	<b>Démences et atrophies corticales focales progressives (18)</b>
<p><u>Clinique:</u> Altération de la mémoire</p> <p>Perturbation d'une ou plusieurs fonctions cognitives (aphasie, apraxie, agnosie, perturbation des fonctions exécutives)</p> <p>Altération significative du fonctionnement social</p> <p>Evolution progressive et continue</p> <p><u>DD:</u> Etat confusionnel</p> <p>Autres pathologie de l'axe I</p>	<p><u>Clinique:</u> Débute toujours sous forme de troubles du comportement ou de modification de la personnalité</p> <p>Troubles du langage sous forme de réduction progressive du langage, stéréotypies verbales, écholalies, persévérations, mutisme</p> <p>Conservation tardive de l'orientation spatiale et des praxies</p> <p><u>DD:</u> Début précoce (env. 55 ans), ségrégation familiale (50% des cas)</p> <p><u>DD:</u> MA</p> <p>Creutzfeld-Jakob</p> <p>Dém. sous-corticales</p> <p>Dém. vasculaires</p> <p>Autres pathologie de l'axe I</p>	<p><u>Clinique:</u> Déclin cognitif</p> <p>Altération mnésique au 1<sup>er</sup> plan</p> <p>Fluctuation franche de l'attention et de la vigilance</p> <p>Hallucinations visuelles +/- idées délirantes systématisées</p> <p>Syndrome parkinsonien entraînant une sensibilité aux neuroleptiques et des chutes fréquentes</p> <p><u>DD:</u> Chorée de Huntington</p> <p>Dém. Vasculaires</p> <p>Dégénérescence corticobasale</p> <p>Parkinson</p> <p>Paralysie supranucléaire progressive</p> <p>MA</p>	<p><u>Caractéristiques évocatrices du diagnostic:</u> Troubles praxiques inauguraux et asymétriques</p> <p>Peu ou pas de troubles mnésiques et phasiques</p> <p>Signes neurologiques associés</p>	<p><u>Clinique:</u> Prédominance des signes frontaux</p> <p>Signes d'atteinte motrice</p>	<p><u>Clinique:</u> Altération progressive et isolée d'un domaine limité d'activités cognitives, alors que les autres fonctions sont conservées</p> <p>Préservation de la personnalité</p> <p>Préservation de l'autonomie, sauf ce qui découle de l'atteinte cognitive initiale isolée</p> <p>Age de début souvent inf. à 65 ans (70% des cas)</p>

3 : les démences vasculaires : elles sont la deuxième cause de démence après les atteintes dégénératives. Ce diagnostic est posé par l'association d'un tableau clinique de démence, d'une pathologie cérébrovasculaire authentifiée par imagerie et l'existence d'une relation temporelle entre les deux. L'association de signes comme une apathie, une hyperémotivité, à un déclin cognitif aux tests neuropsychologiques moins marqué que ne le laissait supposer la présentation du patient et à des signes et symptômes neurologiques focaux, même très subtiles (exagération des réflexes ostéotendineux, signe de Babinski, troubles de la marche, faiblesse d'une extrémité), est évocateur d'un diagnostic de démence vasculaire.

**Tableau 2:**

<b>Démences par infarctus multiples</b>	<b>Infarctus unique</b>	<b>Ischémie de la substance blanche (21)</b>
<p>Infarctus corticaux, lacunaires</p> <p><u>Clinique:</u> Altération de la mémoire</p> <p>Une ou plusieurs perturbations des fonctions cognitives (aphasie, apraxie, agnosie, perturbation des fonctions exécutives)</p> <p>Présence de signes et symptômes neurologiques focaux liés étiologiquement avec la démence</p>	<p>Unique ou peu nombreux, mais "mal placés"</p> <p><i>Ex: infarctus bithalamiques</i></p>	<p>Infarctus lacunaires de la substance blanche périventriculaire et profonde touchant principalement la capsule interne, la corona radiata et le noyau semi-ovale</p> <p><u>Clinique :</u> Perturbation principalement des fonctions exécutives et de la mémoire</p> <p>Présence de troubles comportementaux et psychiatriques associés (dépression, changement de la personnalité, ralentissement psychomoteur, gestion difficile des émotions)</p>

## **EVALUATION STANDARDISEE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET DE LA DEPRESSIVITE CHEZ LE PATIENT DEMENT**

Si les critères diagnostiques se basent de manière prioritaire sur l'altération d'une ou plusieurs fonctions cognitives, l'observation clinique des tableaux démentiels ne se limite pas à ces seules manifestations.

Plusieurs auteurs (22, 23) ont souligné que d'autres symptômes, plus éminemment psychiatriques, étaient associés avec une grande fréquence aux troubles cognitifs. L'Association internationale de psychogériatrie (IPA) a utilisé pour la première fois en 1996, le terme de Symptômes comportementaux et psychologiques dans la démence (SCPD) ou Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) pour regrouper des symptômes très hétérogènes tels que les délires, les hallucinations, les fausses reconnaissances, l'anxiété, la tristesse, la labilité émotionnelle, l'euphorie, l'apathie, l'irritabilité, les troubles du sommeil, les comportements sexuels inappropriés, la désinhibition, l'agitation, l'agressivité physique ou verbale (24).

La détection et la mesure du degré de sévérité des troubles psychiatriques chez les personnes âgées souffrant d'un trouble démentiel sont ardues, d'une part en raison de la difficulté à trouver des échelles satisfaisantes pour des degrés de sévérité différents, mais également en raison de l'expression particulière de ces troubles chez le patient dément. La dépression a retenu à plusieurs reprises l'attention des chercheurs en raison de la grande fréquence d'association avec tout type de démence.

Plusieurs études se sont centrées sur la comparaison d'échelles de symptômes psychiatriques tels que l'apathie, l'irritabilité, la dépression et l'anosognosie chez des patients avec des troubles cognitifs (25, 26). Ainsi, Müller-Thomsen et al. (7) ont comparé quatre échelles de mesure de la dépression (GDS-15 items, MADRS, NOSGER et CSDD) chez 316 patients atteints de la maladie d'Alzheimer (MA). La sévérité des troubles cognitifs a été évaluée par l'échelle MMSE (Mini-Mental State Exam) (atteinte légère si MMSE supérieur ou égal à 18, atteinte modérée à sévère si MMSE inférieur ou égal à 17). Leurs résultats montrent peu de différences entre l'âge des patients déprimés quelque soit la sévérité de l'atteinte cognitive. Par contre, les femmes sont plus représentées dans le sous-groupe de l'atteinte modérée à sévère. Par ailleurs, l'étude a montré qu'en utilisant les valeurs-seuil de diagnostic suggérées par de

nombreux auteurs, la prévalence de la dépression chez les patients atteints de MA varie énormément en fonction de l'échelle choisie. Les auteurs concluent que seules la MADRS et la CSDD ont une cohérence interne suffisante pour ce type de population, montrant une prévalence de 40% de dépression pour les patients modérément à sévèrement déments et de 30% pour ceux légèrement atteints.

Dans son étude, Mast (4) a examiné l'impact de l'atteinte cognitive sur la phénoménologie de la symptomatologie dépressive chez le sujet âgé. A travers une technique modelée sur une variable latente (MIMIC Model Approach) l'auteur a tenté de déterminer si les patients avec une atteinte cognitive étaient susceptibles de présenter certains symptômes plutôt que d'autres, indépendamment de la sévérité de leur dépression sous-jacente. Le modèle MIMIC évalue une ou plusieurs variables latentes (les degrés de sévérité de la dépression sous-jacente) simultanément identifiées par un ou plusieurs indicateurs (items dans les échelles de mesure de la dépression) et une ou plusieurs variables causales qui prédisent les degrés des facteurs latents (indices prédicteurs de la dépression comme l'atteinte cognitive). Dans le cas de la dépression, le MIMIC évalue simultanément l'impact de l'atteinte cognitive sur la sévérité de la dépression et l'effet de l'atteinte cognitive sur la présence de symptômes spécifiques, après avoir contrôlé pour la sévérité de la dépression. Mast a évalué 576 patients par l'échelle GDS afin de mesurer la sévérité de la dépression et l'échelle MDRS (Mattis Dementia Rating Scale) pour quantifier les troubles cognitifs. Les résultats ont montré que les patients avec une atteinte cognitive plus sévère sont plus susceptibles de présenter un retrait social indépendamment de la présence ou non d'une dépression.

Starkstein et al. (5) ont étudié longitudinalement pendant 17 mois l'évolution des symptômes dépressifs chez des patients atteints de MA. Les 65 patients ont été évalués sur la base de différentes échelles: un entretien structuré pour une évaluation clinique et diagnostique avec le DSM-IV (SCID), un MMSE, un HDS (Hamilton Depression Scale), un HAS (Hamilton Anxiety Scale), une échelle pour l'irritabilité comprenant 14 items remplie par le patient ou le soignant scorant de 0 à 42 proportionnellement à la sévérité de l'anxiété (27) et une échelle pour l'apathie comprenant 14 items remplie par le patient ou le soignant scorant de 0 à 42 proportionnellement à la sévérité de l'apathie (27, 28, 29). Les différentes évaluations au cours du temps ont été faites avec les mêmes échelles. Les résultats ont montré une réversibilité des symptômes dépressifs: après 17 mois, 28% avaient une dépression majeure, 21% avaient une dépression mineure et 51% n'étaient plus déprimés. Ceci renforce la conviction de traiter la

dépression chez les personnes atteintes de la MA, sachant l'impact négatif d'une telle comorbidité sur l'évolution de ces patients (lourdeur de la charge pour les proches, péjoration plus rapide des fonctions cognitives, placement précoce en institution). Les patients en rémission ont montré une diminution significative des symptômes dépressifs à la HDS et de l'anxiété, mais pas de changement significatif de l'apathie et de l'irritabilité. Ces résultats suggèrent que les symptômes anxieux sont attribuables à la dépression, que l'apathie et la dépression se situent dans des domaines psychopathologiques différents chez les patients atteints de MA et que l'irritabilité n'est pas un critère de dépression chez ces patients.

L'étude de Kunik et al. (30) a exploré les relations entre dépression, symptômes psychotiques et troubles du comportement chez 208 patients âgés atteints de démence (diagnostics posés à l'aide du DSM-IV). La sévérité de l'atteinte cognitive, de la dépression et des troubles du comportement a été mesurée par le MMSE, l'HDS, le Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) qui évalue les éléments psychotiques (tels qu'hallucinations, délire, troubles de la pensée et idées de grandeur), et le CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) qui comporte des items mesurant l'agressivité physique, l'agitation physique non agressive et l'agitation verbale. Les résultats ont montré que, dans le cas d'une atteinte cognitive sévère, les symptômes psychotiques sont associés à des troubles du comportement de type agressivité, alors que la dépression est associée à des troubles du comportement de type demande d'aide incessante, négativisme et plaintes.

Finalement, dans leur étude, Mack et Patterson (31) ont évalué les troubles du comportement, tels que la déambulation, l'irritabilité, la dépression et le délire, chez des patients atteints de MA (61 patients et 20 cas contrôle). Deux échelles ont été utilisées pour mesurer les troubles du comportement: le Behave-AD (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale) et le CSDD et comparées au BPRS, utilisé comme gold standard. Les résultats ont montré que les deux échelles sont fiables pour distinguer la présence ou l'absence des troubles du comportement, bien que le BPRS en donne une description plus complète du point de vue des symptômes psychiatriques associés. Ces différentes études ont toutes démontré la difficulté de détecter et de mesurer de façon simple et fiable la sévérité des troubles psychiatriques chez les patients déments (Burns et al, 2002) (32).

## **L'ECHELLE HoNOS : DEVELOPPEMENT ET VALIDATION CHEZ L'ADULTE**

Entre 1992 et 1993 déjà, le gouvernement britannique publiait le livre blanc « Health of Nation » qui identifiait cinq champs d'action, dont le domaine de la santé mentale où la priorité était de développer des stratégies en vue de diminuer la mortalité et la morbidité. Suite à cette publication, l'unité de recherche du Royal College of Psychiatrists a reçu le mandat de créer un instrument de mesure pouvant répondre aux objectifs susmentionnés en évaluant la santé mentale et le fonctionnement social des personnes souffrant de troubles mentaux graves. A l'issue d'un travail approfondi, il a été suggéré de combiner plusieurs de ces mesures lors de l'évaluation des troubles mentaux graves (33). Toutefois, faire passer une large série d'échelles aurait été long et fastidieux, raison pour laquelle le Royal College of Psychiatrists a mis au point et évalué à travers une série d'études incluant plusieurs milliers de personnes vivant en Grande-Bretagne un nouvel instrument de mesure. Ce dernier, le Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS), comprend douze items. Il a été conçu pour un usage de routine en ciblant sur la mesure de problèmes cliniques et sociaux les plus fréquents. Son intérêt consiste à offrir une photographie instantanée de l'état des problèmes des patients et de l'évolution de leur état clinique au cours du temps. Il s'agit d'un outil de passation simple qui ne requiert pas d'interview standardisée.

L'échelle HoNOS adulte est constituée de 12 items évaluant tant les symptômes psychiatriques que le fonctionnement social du patient :

1. troubles du comportement
2. automutilations non accidentelles
3. problèmes liés à la consommation de médicaments ou d'alcool
4. troubles cognitifs
5. problèmes liés à une maladie physique ou un handicap
6. troubles liés aux hallucinations et/ou délires
7. troubles liés à l'humeur dépressive
8. autres troubles mentaux et comportementaux
9. problèmes pour établir des relations sociales significatives
10. problèmes liés aux activités de la vie quotidienne
11. problèmes liés aux conditions de vie
12. problèmes liés aux occupations

Chaque item est coté de 0 à 4 (0= pas de trouble, 4= troubles très important). Plus le score est élevé, plus les symptômes de la personne sont sévères. Le temps nécessaire à l'examineur pour passer l'échelle est d'une dizaine de minutes (selon les résultats de l'étude de validation de l'échelle pour les personnes âgées (10)).

Par la suite, différentes équipes de chercheurs et de cliniciens ont validé l'utilité de cette dernière en anglais (33, 34, 35, 36), puis en français (9). Dans un premier temps, les études concernaient une population adulte, puis l'échelle a été adaptée à d'autres populations de patients, les enfants/adolescents (37), les patients présentant un retard mental (38) et les personnes âgées (39). Ces études ont montré que ces différentes échelles possèdent des critères psychométriques satisfaisants pour constituer un outil de mesure applicable (40, 41).

Dans chacune des études précitées, la méthode de validation était semblable. Une batterie de tests est passée, ainsi que l'échelle HoNOS, par deux soignants (infirmiers, psychiatres). La première partie du test se fait en présence du patient et des deux soignants sous forme de discussion pour le recueil des données personnelles du patient et les premiers tests. Puis chaque soignant séparément, mais en même temps, remplit la deuxième partie des tests, dont le HoNOS, afin d'évaluer la concordance de leurs réponses. La période évaluée comprend, la plupart du temps les deux dernières semaines avant l'évaluation. Généralement, chaque patient est interrogé à deux reprises avec un intervalle de quelques semaines entre les deux passations. A remarquer que ce n'est pas toujours les mêmes examinateurs qui sont présents lors de la deuxième évaluation. La fidélité inter juge est bonne (9, 34, 42) pour le score global, mais un entraînement préalable des juges permet une meilleure fidélité dans la passation (36).

Les études ont montré que les scores de certains items tels que ceux du fonctionnement social, ou de l'humeur dépressive sont les plus utiles dans l'évaluation diagnostique (36, 42, 43).

### **L'HONOS 65+ ET SON UTILISATION DANS LA DEMENCE**

Afin d'évaluer au mieux les soins proposés aux personnes âgées, il a été nécessaire d'adapter le lexique de la version adulte du HoNOS en raison d'une symptomatologie partiellement différente dans cette population-là. Il est, en effet, nécessaire de tenir compte de symptômes

physiques (l'incontinence par exemple) et cognitifs (la démence) spécifiques dans l'évaluation des troubles psychiatriques et du fonctionnement social des personnes âgées (HoNOS65+). Comme dans les études touchant une population adulte, celles validant la version anglaise pour patients âgés (39, 44, 45, 46, 47) ont évalué les deux dernières semaines avant la passation des tests. Elles ont montré une bonne fidélité inter juges par rapport au score global, mais également la plus grande sensibilité de certains items dans l'évaluation diagnostique (les mêmes que pour la version adulte). Une étude a suggéré que l'échelle HoNOS65+ est également sensible à l'amélioration de l'état clinique du patient (47).

En revanche, peu d'études ont analysé l'échelle HoNOS65+ spécifiquement pour une population de patients déments (41, 48). Dans une étude pilote, Spear et al. (41) ont évalué une cohorte de 42 patients à l'aide de plusieurs échelles diagnostiques afin de mesurer la validité de l'échelle HoNOS 65+ en comparaison avec le Mini-Mental State Examination (MMSE)(49), la Geriatric Depression Scale (GDS-15)(50) et le Brief Agitation Rating Scale (BARS)(51). Dans un deuxième temps, une cohorte de 149 patients a été évaluée, afin de mesurer la sensibilité de l'échelle HoNOS 65+ au changement, en comparaison avec la CIBIC+ (Clinician's Interview-Based Impression of Change Scale, une échelle de mesure brève et globale utilisée dans l'évaluation des soins donnés aux patients âgés, incluant des informations des soignants et du patient). Les résultats de cette étude ont montré une bonne fidélité inter juge pour l'échelle HoNOS65+, une corrélation modérée entre le score total du HoNOS65+ et le score du MMSE, mais une corrélation excellente pour le sous-score cognition du HoNOS65+ et le MMSE, une corrélation modérée entre le BARS et les sous-scores comportement/cognition/relations sociales du HoNOS65+, ainsi qu'une bonne corrélation entre le sous-score dépression du HoNOS65+ et la GDS-15. Comme dans l'étude de Burns et al (39) qui n'était pas spécifiquement centrée sur les patients présentant une démence, les résultats suggéraient que l'échelle HoNOS65+ permet de distinguer les patients déments des patients présentant un désordre fonctionnel d'origine psychiatrique. Ainsi les patients avec un diagnostic de démence ont un score total plus élevé au HoNOS65+ en comparaison avec les patients souffrant d'un trouble de l'humeur, sauf pour le sous-score dépression. Cette étude a également suggéré une bonne sensibilité de l'échelle HoNOS65+ au changement des symptômes chez le patient dément. Dans une autre étude, Kotynia-English et al. (48) ont évalué 106 patients au moyen de l'échelle HoNOS65+, du MMSE et de la GDS. Comme Spear et coll., les auteurs ont conclu que le HoNOS65+ permet de faire la distinction entre des symptômes dépressifs et ceux secondaires à une démence. Toutefois, il manquait

des données pour évaluer précisément l'effet de la prise en charge sur les troubles du comportement à long terme.

## **OBJECTIF DES ETUDES**

Cette revue de la littérature a mis en évidence l'absence d'une échelle sensible et facile de passation pour évaluer le status mental et le fonctionnement social des patients âgés. Dans ce contexte, nous avons décidé de faire une première étude en vue de valider une version française du HoNOS65+. Dans une seconde partie, nous avons ciblé l'analyse du HoNOS65+F pour une population de patients déments soignés en intra hospitalier pour une dépression majeure.

## **VALIDATION DE LA VERSION FRANCAISE DU HoNOS 65+**

### *Production de la version française du HoNOS65+*

Comme déjà évoqué, l'échelle HoNOS65+ originale en anglais (39) comporte 12 items, identiques à ceux déjà décrits de la version pour patients adultes. Comme dans la version française du HoNOS adulte (9), un 13eme item mesurant les *problèmes liés à la prise de médication psychiatrique*, a été ajouté. L'évaluation de chaque item se fait sur la base de l'atteinte la plus sévère observée durant la dernière semaine avant l'évaluation, à l'exception de l'item évaluant les *conditions de vie* qui se réfère à la situation du patient à domicile avant son hospitalisation.

Pour produire la version française du HoNOS65+ (**annexe 1**), deux traductions indépendantes de la version originale du HoNOS65+ ont été utilisées, qui ont été harmonisées par rapport à la version française de la version adulte déjà validée (9). Une retraduction en anglais a été effectuée par un gériatre expérimenté bilingue qui avait une bonne connaissance du domaine en question. La retraduction a montré une bonne concordance des instruments dans les deux langues. Finalement, afin de tester sa facilité d'utilisation, la version française du HoNOS65+ a été passée à un groupe pilote de 12 patients évalués par deux psychiatres et deux infirmières (10).

### *Méthode de validation*

En sciences sociales et en psychométrie, il existe différents types de validation des instruments de mesure, dont nous citons ici les plus couramment utilisés.

1. Validité concurrente: démontre combien un test (ou une échelle) est corrélé avec un autre test qui a été validé auparavant, les deux tests étant présumés évaluer des éléments dans des domaines similaires.
2. Validité discriminante: décrit le degré de divergence d'un test par rapport à d'autres tests qui en théorie ne sont pas similaires.
3. Validité constructive: rapporte si le test observé mesure bien ce qui est théoriquement attendu.
4. Validité interne: évalue si les valeurs des variables dépendantes seules sont le résultat de manipulations des variables indépendantes.
5. Validité de conclusion statistique: mesure si la variable causale présumée x et son effet y sont statistiquement liés.

La validité du HoNOS65+ a été mesurée en la comparant simultanément à plusieurs échelles déjà validées en français, qui sont utilisées dans la pratique courante afin d'évaluer la santé psychique et le fonctionnement social des patients (validité concurrente).

Les échelles qui ont été utilisées sont les suivantes :

1. **Clinical Dementia Rating Scale (CDR)** (52, 53) : brève évaluation des fonctions cognitives qui comporte six sections : mémoire, orientation, jugement et résolution de problèmes, activités sociales, maison et loisirs, soins personnels. Chaque item est coté de 0 à 3 (0= aucune atteinte ; 0,5= atteinte douteuse ; 1= atteinte légère ; 2= atteinte modérée ; 3= atteinte sévère). Le score global correspond à celui du score de l'item *mémoire*, sauf si trois ou plus des autres items ont un score semblable entre eux mais différent de celui de l'item *mémoire*, c'est alors ce score-là qui correspond au score global. Plus le score global est élevé plus l'atteinte est sévère. (**annexe 2**).

2. **Mini Mental State Exam (MMSE)** (49, 54, 55) : brève évaluation du niveau de fonctionnement cognitif qui comporte deux sections : I. orientation, mémoire et attention (score maximal= 21), II. Dénomination, compréhension orale et écrite, écriture spontanée et dessin (score maximal=9). Etendue du score de 0 à 30 ; plus le score est bas, plus les troubles cognitifs sont importants (**annexe 3**).
3. **Geriatric Depression Scale (GDS-15)** (50, 56) : échelle d'auto –évaluation spécialement développée pour mesurer la dépression chez la personne âgée. Version abrégée de la version originale de 30 items, elle comporte 15 items auxquelles le patient répond par « oui » ou « non ». Etendue du score de 0 à 15, 0-5= absence d'état dépressif, 6-10= dépression légère, 11-15= dépression modérée à sévère (**annexe 4**).
4. **CAGE** (57, 58) : questionnaire d'auto- évaluation de dépistage d'abus d'alcool, composé de quatre questions répondues par « oui » ou « non ». Deux réponses positives évoquent une probabilité de dépendance à l'alcool de 80%. Correspond à l'ACME en français (A= arrêter, C=coupable, M= matin, E= ennuyé) (**annexe 5**).
5. **Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)** (44, 59): hétéro- évaluation de la symptomatologie psychiatrique destinée à l'étude des psychoses fonctionnelles. Elle comprend 16 items dans sa version originale, une version plus récente contient 18 items répartis en cinq facteurs : I. dimension paranoïde, II. Hébéphrénique, III. paranoïaque, IV. mélancolique anxieuse, V. psychotique aiguë. L'examineur cote le patient sur une échelle de sept points allant de 1 (absence de symptôme) à 7 (extrêmement sévère), étendue du score de 18 à 126 (**annexe 6**).
6. **Global Assessment Functioning Scale (GAF)** (60, 61, 62): hétéro-évaluation du fonctionnement psychologique, social et professionnel du patient sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale =100 à la maladie =1. L'échelle est divisée en neuf intervalles, 1-10, 11-20, 21-30, etc., comportant une description des symptômes possiblement présentés par le patient, de son comportement et de son niveau de fonctionnement. Elle est basée sur la classification de l'axe V du DSM IV (20) (**annexe 7**).
7. **Brief Agitation Rating Scale (BARS)** (51) : version abrégée du Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI, 63), composée de dix items cotés sur une échelle de 0 à 7 selon leur fréquence (**annexe 8**).
8. **Instrumental Activities of Daily Living (IADL)** (64, 65) : évalue l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Elle investigate six fonctions des soins personnels issues de Katz (66) : continence, alimentation, habillement, soins personnels, mobilité,

toilette, complétées par neuf activités instrumentales plus complexes : utiliser le téléphone, emplettes, cuisine, ménage, lessive, transports, prise de médicaments, gestion des finances, entretien de la maison. La dépendance est évaluée sur un gradient de 1 à 5 pour les soins personnels et de 1 à 4 pour les activités instrumentales, étendue du score 1 à 30, respectivement 1 à 36 (**annexes 9 et 10**).

### *Sujets*

Les participants ont été recrutés parmi les patients admis dans le Service de Psychiatrie Gériatrique de l'Hôpital Universitaire de Genève. Les critères d'inclusion requéraient des patients âgés de plus de 62 ans pour les femmes et de plus de 65 ans pour les hommes (limites d'âge d'inclusion dans le Service de Psychiatrie Gériatrique), parlant français, sans altération sensorielle majeure, montrant une bonne collaboration à l'examen et ayant un diagnostic psychiatrique. Les patients ne remplissant pas l'un de ces critères ou ayant un niveau de scolarisation inférieur à 4 ans étaient exclus. Tous les patients ou leur représentant légal ont donné leur accord, comme prévu dans le protocole soumis et accepté par la Commission d'Ethique (10).

Les caractéristiques démographiques sont illustrées dans le tableau 3.

**Tableau 3:** données démographiques de la population étudiée (N=126)

---

Informations cliniques et socio-démographiques	
Sexe	Femmes 77%
Age	77.1 (7.7) ans
Niveau socio-éducatif	Apprentissage 42% Ecole secondaire 27% Ecole primaire 19%
Etat civil	Marié 27% Célibataire, séparé, divorcé 73% Veuf 0%
Cadre de vie	Seul à domicile 55% A domicile avec le conjoint 27% EMS 17%
Encadrement professionnel (à domicile)	Min 1-8 heures/semaine 52% Aucune aide nécessaire 29%
Diagnostic clinique	Troubles mentaux organiques (F00-09) 23% Abus de substances (F10-F19) 3% Schizophrénie et troubles délirants (F20-F29) 11% Troubles de l'humeur (F30-F39) 51% Troubles névrotiques, liés au stress, somatoformes. (F40-48) 8%

---

#### *Récolte des données*

Dans un premier temps, les patients ont été évalués, à une reprise, par deux psychiatres : la première partie de l'évaluation (MMSE, GDS, CAGE), ainsi que la récolte des données démographiques personnelles étaient effectuées en présence du patient et des deux examinateurs, alors que pour la seconde partie de l'évaluation (BPRS, BARS, IADL, ADL, GAF, HoNOS65+F, CDR), les deux examinateurs remplissaient indépendamment les échelles en l'absence du patient. Cette étape permettait d'évaluer la fidélité inter juges dans la validation de la version française de l'échelle HoNOS65+ (10).

### *Résultats*

L'échantillon final incluait 126 patients âgés de 63 à 98 ans. Seuls deux patients ont dû être exclus en raison de données manquantes (taux final de 98.5%). Les diagnostics cliniques posés en fonction des critères de la CIM 10 ont montré que 51% des patients présentaient soit une dépression, soit un trouble bipolaire et que 23% des cas avaient un diagnostic de démence. Deux sous-groupes ont été considérés: le premier qui examinait les patients sous l'angle de leur lieu de soins (63% -N=79- de patients hospitalisés versus 37% -N=47- de patients ambulatoires) et le deuxième sous l'angle de la durée de prise en charge (40% -N=51- moins d'un mois versus 60% - N=75- plus d'un mois).

La majorité des items du HoNOS65+F montraient une assez bonne fidélité inter juge (valeur kappa située entre 0.40 et 0.75), sauf pour les items "problèmes liés à la consommation de médicaments ou d'alcool" (valeur kappa 0.391) et "troubles liés aux hallucinations et/ou délire" (valeur kappa 0.376). Par ailleurs, la fidélité s'améliorait grandement avec une durée de la relation soignant-patient plus longue. Toutes les valeurs kappa montraient un accord bon à excellent (valeurs supérieures à 0.75) pour les patients du sous-groupe ambulatoire (généralement longue relation thérapeutique), alors que la fidélité était pauvre à acceptable pour les patients du sous-groupe hospitalier (généralement relation thérapeutique plus courte).

**Tableau 4:** Fidélité inter juge (kappa), résultats totaux et pour chacun des deux sous groupes

Items HoNOS65+ F	Total (N=126)	Lieu de traitement		Durée de prise en charge	
		Hospitalisés (N=79)	Ambulatoires (N=47)	< 1 mois (N= 51)	> 1 mois (N=75)
Trouble du comportement	0.627 (0.527 - 0.739)	0.477 (0.283 - 0.580)	1.000 ( . - . )	0.513 (0.316 - 0.629)	0.713 (0.625 - 0.864)
Automutilations non accidentelles	0.525 (0.159 - 0.891)	0.253 (-0.105 - 0.612)	1.000 (1.000 - 1.000)	1.000 (1.000 - 1.000)	0.409 (0.033 - 0.786)
Problèmes liés à consommation					
Médicaments ou alcool	0.391 (0.129 - 0.589)	-0.008 (-0.092 - 0.056)	1.000 ( . - . )	0.062 (-0.074 - 0.240)	0.697 (0.515 - 0.855)
Troubles cognitifs	0.634 (0.548 - 0.708)	0.470 (0.402 - 0.589)	0.936 (0.827 - 1.000)	0.538 (0.355 - 0.700)	0.698 (0.581 - 0.863)
Problèmes liés à maladie					
physique ou handicap	0.602 (0.528 - 0.707)	0.413 (0.265 - 0.500)	0.965 (0.874 - 1.000)	0.466 (0.276 - 0.693)	0.697 (0.547 - 0.785)
Hallucinations et/ou délires	0.376 (0.252 - 0.575)	0.237 (0.115 - 0.356)	0.867 (0.494 - 1.000)	0.452 (0.344 - 0.680)	0.301 (0.193 - 0.488)
Troubles liés à humeur dépressive	0.520 (0.400 - 0.640)	0.271 (0.072 - 0.382)	0.943 (0.894 - 1.000)	0.314 (0.139 - 0.520)	0.662 (0.461 - 0.732)
Autres troubles mentaux et comportementaux	0.636 (0.555 - 0.702)	0.517 (0.392 - 0.611)	0.769 (0.632 - 0.872)	0.563 (0.405 - 0.743)	0.650 (0.483 - 0.753)
Problèmes pour établir relations sociales significatives	0.458 (0.340 - 0.552)	0.166 (0.058 - 0.298)	0.943 (0.868 - 1.000)	0.215 (0.099 - 0.383)	0.602 (0.515 - 0.732)
Problèmes liés activités quotidiennes	0.606 (0.467 - 0.721)	0.385 (0.106 - 0.517)	0.964 (0.875 - 1.000)	0.538 (0.444 - 0.762)	0.649 (0.571 - 0.768)
Problèmes liés aux conditions de vie	0.464 (0.371 - 0.579)	0.179 (0.023 - 0.323)	1.000 ( . - . )	0.272 (0.083 - 0.473)	0.607 (0.490 - 0.716)
Problèmes liés aux occupations	0.537 (0.475 - 0.610)	0.314 (0.123 - 0.460)	0.931 (0.825 - 1.000)	0.295 (0.145 - 0.418)	0.701 (0.530 - 0.793)
Problèmes liés prise médication psych.	0.753 (0.695 - 0.837)	0.555 (0.427 - 0.650)	1.000 ( . - . )	0.746 (0.651 - 0.853)	0.745 (0.645 - 0.851)

La cohérence interne de l'échelle HoNOS65+F était bonne (valeur alpha Cronbach 0.76). L'analyse des résultats a montré que l'item "**Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne**" était responsable d'environ 70% (71.9% pour le 1<sup>er</sup> examinateur et 69.4% pour le second) de la variabilité du score total du HoNOS65+.

Le tableau 5 résume la corrélation entre les scores des items du HoNOS65+F et les scores totaux des autres échelles.

**Tableau 5:** Validité simultanée du HoNOS65+F (selon les coefficients de corrélation de Spearman)

Items HoNOS65+ F	MMSE	GDS	CAGE	BPRS	BARS	IADL	ADL	GAF
Trouble du comportement	-0.376**	-0.026	0.128	0.376**	0.615**	0.208*	0.423**	-0.533**
Automutilations								
non accidentelles	-0.027	0.075	-0.126	0.148	0.126	0.032	-0.051	0.027
Problèmes liés à consommation								
Médicaments ou alcool	-0.087	-0.015	0.201*	0.104	-0.042	-0.044	0.028	-0.044
Troubles cognitifs	-0.811**	-0.009	0.047	0.428**	0.468**	0.529**	0.619**	-0.481**
Problèmes liés à maladie								
physique ou handicap	-0.335**	0.304**	0.054	0.268**	0.355**	0.456**	0.634**	-0.321**
Hallucinations et/ou délires	-0.072	-0.091	-0.087	0.295**	0.188*	-0.017	0.095	-0.291**
Troubles liés à humeur dépressive	-0.140	0.631**	0.009	0.470**	0.224*	0.264**	0.278**	-0.275**
Autres troubles mentaux								
et comportementaux	0.023	0.191*	-0.019	0.252**	0.163	-0.010	-0.057	-0.046
Problèmes pour établir relations sociales								
significatives	-0.072	0.285**	0.025	0.339**	0.322**	0.069	0.182*	-0.411**
Problèmes liés activités quotidiennes	-0.574**	0.262**	0.036	0.545**	0.514**	0.649**	0.811**	-0.574**
Problèmes liés aux conditions de vie	-0.301**	0.298**	0.154	0.435**	0.368**	0.551**	0.519**	-0.368**
Problèmes liés aux occupations	-0.265**	0.142	-0.045	0.226*	0.269**	0.454**	0.239**	-0.293**
Problèmes liés prise médication psych.	-0.550**	-0.012	0.043	0.469**	0.459**	0.386**	0.523**	-0.393**

\*p<0.05, \*\*p<0.01

Comme attendu, l'item "Troubles du comportement" était fortement corrélé au score du BARS qui mesure le degré d'agitation et au score du GAF qui reflète le niveau de fonctionnement global du patient. Les troubles du comportement ont été aussi associés à un score élevé au BPRS, un faible score à l'évaluation cognitive (MMSE) et avaient un impact

sur la vie quotidienne (AIDL, ADL). Il y avait une corrélation significative entre le score de l'item "Problèmes liés à la consommation de médicaments ou d'alcool" et le score du CAGE. L'item "Troubles cognitifs" était corrélé à plusieurs échelles, toutefois c'était avec le MMSE que l'on observe le lien le plus fort. Le score de l'item "Problèmes liés à une maladie physique ou un handicap" était associé à une perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne (IADL, ADL). Le score de l'item "Troubles liés aux hallucinations et/ou délires" était associé aux scores du BPRS et du BARS, alors que celui de l'item "Troubles liés à l'humeur dépressive" était fortement corrélé au score de la GDS-15. L'item "Autres troubles mentaux et comportementaux" était associé aux scores de la GDS-15 et du BPRS, mesurant tous deux les symptômes affectifs et psychiatriques. L'item "Problèmes pour établir des relations sociales significatives" était associé principalement au GAF qui reflète le niveau global de fonctionnement du patient. Les scores des deux items "Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne" et "Problèmes liés aux conditions de vie" étaient fortement corrélés aux scores de l'IADL et de l'ADL, comme l'item "Problèmes liés aux occupations" l'était au score de l'IADL. Pour finir, l'item "Problèmes liés à la prise de médication psychiatrique" montrait une forte association au fonctionnement cognitif (MMSE), à la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne (IADL, ADL), aux troubles du comportement (BPRS, BARS) et à l'absence de bien-être général (GAF). Seul l'item "Automutilations non accidentelles" n'était corrélé avec aucune des autres échelles.

La facilité d'utilisation de l'échelle HoNOS65+F et la satisfaction des utilisateurs ont été évaluées auprès de tous les examinateurs. Ils ont tous rempli l'échelle en moins de 10 minutes (59%) ou entre 10 et 20 minutes (41%). La majorité des cliniciens (58%) a estimé que l'utilisation de cette échelle présente quelques difficultés, ce qui confirme la nécessité d'une pratique régulière et d'un entraînement pour la remplir déjà relevé par Spears et al (41). Tous les examinateurs considéraient que ces mesures sont soit moyennement (67%) soit très (33%) pertinentes, et tous estimaient que cette échelle serait moyennement (50%), très (42%) ou extrêmement (8%) utile dans la pratique quotidienne. Les cliniciens estimaient que cette échelle est adaptée tant pour les patients ambulatoires (45%) que pour les patients hospitalisés. Étonnamment, ils ne jugeaient pas essentiel de connaître préalablement le patient pour l'administrer (75%), pensant que le HoNOS65+F est adapté pour être passé au début de la prise en charge (10). Cette idée n'est pas confirmée par les résultats, puisque la fidélité inter juge est nettement supérieure pour les patients ambulatoires, généralement suivis depuis plus longtemps donc bien connus des examinateurs.

Cette étude apporte une contribution certaine à la validation de la version française de l'échelle HoNOS65+ en se centrant sur une approche de type validation concurrente et en évaluant la fidélité inter juge. Elle a par ailleurs montré que cette échelle est brève et sensible avec des propriétés psychométriques satisfaisantes pour mesurer l'état mental et le fonctionnement social des patients. Utiliser l'échelle HoNOS65+F comme évaluation de routine dans une pratique clinique nécessite une relation patient-soignant relativement longue (>1 mois) et personnalisée.

### **SENSIBILITE AU CHANGEMENT DU HoNOS65+F DANS UNE POPULATION DE PATIENTS HOSPITALISES AVEC COMORBIDITE DEPRESSIVE ET TROUBLES COGNITIFS**

Dans une deuxième partie de l'étude, nous avons ciblé notre recherche sur les patients déments dépressifs afin d'évaluer dans quelle mesure l'HoNOS65+F pourrait être utilisé pour explorer l'évolution clinique des symptômes dépressifs de cette population lors d'un séjour hospitalier.

#### *Sujets*

Notre échantillon était constitué de 30 patients consécutifs hospitalisés dans une des unités de crise du Service de Psychiatrie gériatrique des Hôpitaux Universitaire de Genève remplissant les critères d'inclusion suivants: âge supérieur à 62 ans pour les femmes et 65 ans pour les hommes, parlant français, sans une altération sensorielle majeure, ayant accompli au moins 4 ans de scolarité, remplissant les critères CIM-10 pour un trouble dépressif et une démence (17 patients avec une MA, 56,7% et 13 patients avec une démence mixte, 43,3%). Tous les patients ou leur représentant légal ont donné leur accord, comme prévu dans le protocole soumis et accepté par la Commission d'Ethique.

**Tableau 6:** données démographiques de la population étudiée (N=30)

Sexe	Femmes: 18 (60%) Hommes: 12 (40%)
Age	Moyenne: 80 ans (SD 8.34) Interval: 61-99 ans
Niveau scolaire	Primaire: 3 (10%) Secondaire: 6 (20%) Apprentissage: 17 (56.67%) Universitaire: 4 (13.33%)
Etat civil	Célibataire: 3 (10%) Marié(e): 12 (40%) Veuf(ve): 8 (26.67%) Divorcé(e): 7 (23.33%)

L'âge, la scolarité et l'état civil sont également distribués par rapport au sexe. La durée de séjour a été de 32.2 jours en moyenne (SD=21.95) avec un écart entre 4 et 94 jours.

Les patients ont été évalués par un seul psychiatre avec une batterie de tests adaptée en fonction de la population hospitalière (HoNOS65+F, MMSE, GDS-15, CAGE, BPRS, GAF, BARS, IADL, ADL, CDR), à deux reprises, à quelques semaines d'intervalles, le critère de temps pour la passation de la seconde évaluation étant la sortie de l'hôpital. Cette étape avait pour but d'évaluer la sensibilité au changement de l'échelle HoNOS65+F.

#### *Analyse statistique*

Le t-test de Student a été utilisé pour comparer les résultats des échelles entre l'admission et la sortie de l'hôpital. Dans un modèle univarié, la relation entre le changement de score des items du HoNOS65+F et ceux des autres échelles a été mesurée par le coefficient de corrélation de rang de Spearman. Des modèles multivariés ont aussi été construits pour explorer l'association entre les changements de scores des items du HoNOS65+F (score au dernier jour-score à l'admission ; variable dépendante) et les changements des scores des items du BPRS ou du GAF (variable indépendante). La correction de Bonferroni a été appliquée pour contrôler l'effet des comparaisons multiples.

Nous avons choisi ces tests ayant constaté que les résultats des sous-scores des différents items du HoNOS65+F étaient plus fiables que le score total.

## **RESULTATS ET DISCUSSION**

Les résultats de cette étude montrent une diminution significative dans les scores moyens de l'échelle HoNOS65+F ( $p=0.000$ ) et de la BPRS ( $p=0.000$ ) à la fin de l'hospitalisation des patients (moment de la 2eme passation des échelles). Les scores du GAF augmentent durant l'hospitalisation: 50.6 points à l'admission contre 63.3 points à la sortie ( $p=0.000$ ). Par ailleurs, des différences significatives sont observées entre le début et la fin de l'hospitalisation pour les scores des échelles CDR ( $p=0.01$ ) et ADL ( $p=0.038$ ), mais qui ne persistent pas après correction de Bonferroni (tableau 7). Dans un modèle univarié, les scores totaux du HoNOS65+F sont significativement associés aux scores totaux de la BPRS ( $r_s=0.45$ ,  $p=0.008$ ) et de la GAF ( $r_s=0.35$ ,  $p=0.026$ ).

**Tableau 7:** Résultats des tests en début et fin d'hospitalisation

	<b>Admission</b> : moyenne (SD) (N=30)	<b>Sortie</b> : moyenne (SD) (N=30)	p
HoNOS65+F	19.70 (4.53)	13.73 (3.80)	<b>0.000</b>
CDR	1.71 (0.66)	1.48 (0.69)	0.010
MMSE	15.2 (4.82)	16.06 (4.82)	0.053
GDS	4.53 (3.32)	3.86 (2.93)	0.259
ADL	4.13 (3.19)	3.30 (2.23)	0.038
BPRS	41.13 (8.17)	31.20 (5.67)	<b>0.000</b>
GAF	50.66 (10.48)	63.33 (7.11)	<b>0.000</b>

Parmi les items du HoNOS65+F, seuls les items "Troubles du comportement", "Troubles liés à l'humeur dépressive", "Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne" et "Problèmes liés à la prise de médication psychiatrique" montrent un changement significatif entre les deux moments de la passation des échelles, à savoir le premier et le dernier jour d'hospitalisation (tableau 8).

**Tableau 8:** Résultats des sous scores HoNOS65+F en début et en fin d'hospitalisation

	<b>Admission :</b> moyenne (SD) (N=30)	<b>Sortie :</b> moyenne (SD) (N=30)	p
Troubles du comportement	1.06 (1.01)	0.23 (0.43)	<b>0.000</b>
Automutilations non-accidentelles	0.13 (0.57)	0.00	0.211
Problèmes liés à la consommation de médicaments ou d'alcool	0.50 (1.22)	0.00	0.033
Troubles cognitifs	3.00 (0.69)	2.73 (0.73)	0.043
Problèmes liés à une maladie physique ou un handicap	1.53 (1.43)	1.03 (1.35)	0.004
Troubles liés aux hallucinations et/ou délires	0.30 (0.95)	0.26 (0.63)	0.838
Troubles liés à l'humeur dépressive	2.83 (1.14)	2.00 (0.69)	<b>0.001</b>
Autres troubles mentaux et comportementaux	19	13	0.031
Problèmes pour établir des relations sociales significatives	1.16 (0.87)	0.70 (0.98)	0.036
Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne	2.53 (0.89)	2.03 (0.88)	<b>0.003</b>
Problèmes liés aux conditions de vie	2.23 (2.90)	1.73 (2.62)	0.129
Problèmes liés aux occupations	2.26 (2.97)	1.70 (2.70)	0.087
Problèmes liés à la prise de médication psychiatrique	2.76 (0.50)	2.30 (0.70)	<b>0.001</b>

En raison de l'effet plancher, aucun changement n'a été observé pour les scores des items "Automutilations non-accidentelles", "Problèmes liés à la consommation de médicaments ou d'alcool" et "Troubles liés aux hallucinations et/ou délires". Sans surprise, l'item "Troubles cognitifs" avait un score élevé, restant stable, reflétant la persistance du processus pathologique sous-jacent.

L'analyse de corrélation entre les items du HoNOS65+ qui sont sensibles au traitement et les items des autres échelles révèle trois éléments principaux. Premièrement, bien que les changements du score de l'item "Troubles liés à l'humeur dépressive" du HoNOS65+ soient

corrélés à ceux observés pour plusieurs items du BPRS ("tendances dépressives"  $r_s=0.826$ ,  $p<0.001$ , "ralentissement moteur"  $r_s=0.607$ ,  $p<0.001$  et "retrait affectif"  $r_s=0.549$ ,  $p=0.001$ ) dans un modèle univarié, seule l'association avec le changement du score de l'item "tendances dépressives" reste significative dans un modèle multivarié. Deuxièmement et comme attendu, les changements de score de l'item "Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne" sont corrélés négativement avec ceux du score du GAF ( $r_s=0.549$ ,  $p=0.003$ ). Troisièmement, la diminution du score de l'item "Problèmes liés à la prise de médication psychiatrique" du HoNOS65+ à la fin du séjour est corrélée à celle du score des items "retrait affectif" ( $r_s=0.513$ ,  $p=0.003$ ) et "désorientation" ( $r_s=0.516$ ,  $p=0.003$ ) du BPRS.

**Tableau 9:** Corrélations entre les changements des scores pour les items significatifs du HoNOS65+F et ceux des items du BPRS et de la GAF (analyse univariée) (N=30)

	HoNOS65+ F items								
	Troubles du comportement		Symptômes dépressifs		Activités de la vie quotidienne		Compliance médicamenteuse		
	$r_s$	p	$r_s$	p	$r_s$	p	$r_s$	p	
<b>BPRS</b>									
Préoccupations somatiques	<b>-0.560</b>	<b>0.001</b>	0.080	0.673	-0.091	0.630	-0.126	0.506	
Anxiété	-0.238	0.203	0.099	0.599	0.214	0.256	-0.067	0.722	
Retrait affectif	-0.150	0.428	0.280	0.133	0.225	0.230	<b>0.513</b>	<b>0.003</b>	
Désorganisation conceptuelle	-0.101	0.592	0.306	0.099	0.294	0.114	0.394	0.030	
Sentiments de culpabilité	-0.167	0.375	0.184	0.330	0.196	0.298	0.216	0.249	
Tension	-0.177	0.348	0.000	0.997	0.132	0.484	0.410	0.024	
Maniérisme et attitude	0.065	0.731	0.144	0.447	0.008	0.965	0.438	0.015	
Mégalomanie	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000	
Tendances dépressives	-0.401	0.027	<b>0.826</b>	<b>0.000</b>	0.385	0.035	0.224	0.232	
Hostilité	0.329	0.075	-0.373	0.042	0.053	0.777	0.048	0.798	
Méfiance	0.220	0.242	-0.332	0.072	-0.301	0.105	0.030	0.872	
Comportement hallucinatoire	-0.196	0.298	0.004	0.981	0.110	0.561	-0.135	0.475	
Ralentissement moteur	-0.157	0.405	<b>0.607</b>	<b>0.000</b>	0.271	0.146	0.023	0.900	
Non-coopération	0.115	0.545	-0.414	0.022	-0.002	0.990	0.221	0.240	
Pensées inhabituelles	-0.080	0.672	0.207	0.270	-0.164	0.386	0.128	0.497	
Emoussement affectif	-0.302	0.103	<b>0.549</b>	<b>0.001</b>	0.077	0.685	0.322	0.082	
Excitation	0.062	0.742	-0.044	0.816	-0.006	0.973	0.130	0.492	
Désorientation	0.298	0.109	0.009	0.959	0.062	0.742	<b>0.516</b>	<b>0.003</b>	
<b>GAF</b>	1.181	0.338	-0.403	0.027	<b>-0.522</b>	<b>0.003</b>	-0.033	0.860	

Les points forts de cette étude sont une focalisation sur des patients avec une démence modérée à sévère, une évaluation indépendante des symptômes cliniques par un spécialiste qui n'était pas au courant des intentions de l'étude aux moments de la passation des échelles et l'utilisation de plusieurs échelles reconnues efficaces dans l'évaluation des troubles du comportement et des troubles cognitifs. Trois limitations principales sont à considérer quant à l'interprétation de nos résultats. Premièrement, et afin de correspondre à la réalité d'une unité intrahospitalière ayant une forte charge clinique, nous n'avons pas évalué les changements des symptômes à différents moments tout au long du séjour mais seulement à sa fin. Nous ne pouvons, par conséquent, pas commenter la sensibilité de l'amélioration durant les différentes phases de l'hospitalisation. Deuxièmement, le petit effectif de l'échantillon limite la force de l'analyse statistique puisque plusieurs associations statistiques possibles ont été exclues après correction pour des comparaisons multiples. Troisièmement, la présente évaluation n'est basée que sur des patients hospitalisés et n'inclut donc pas de données d'un suivi après la fin de l'hospitalisation.

La diminution des symptômes dépressifs à la fin du séjour est associée à un changement significatif des scores totaux des échelles HoNOS65+F, BPRS et GAF. Plusieurs études incluant des patients déments ont montré la validité, la fiabilité et la sensibilité de l'échelle BPRS (44, 67, 68, 69, 70). Par contre, l'échelle GDS n'a pas montré de changements significatifs dans notre échantillon entre les deux temps de mesure. Cette observation peut être surprenante étant donné la bonne performance reconnue de cette échelle pour la détection de la dépression dans une population gériatrique (71) et plus précisément pour des patients psychiatriques hospitalisés (72). Par contre, ceci confirme ce que d'autres études ont déjà montré, à savoir que la performance de la GDS pour détecter les symptômes dépressifs diminue nettement chez les patients présentant une démence modérée à sévère, possiblement en raison de la structure binaire et sans gradation de cette échelle (7, 8, 71, 73, 74, 75, 76, 77). Parmi les autres échelles, la CDR et la ADL montrent une diminution modeste de leurs scores en fin d'hospitalisation. Toutefois, cette diminution n'est plus significative après correction de Bonferroni. Plusieurs études antérieures ont démontré que l'amélioration des symptômes dépressifs n'est pas suffisante pour changer les performances cognitives et les scores de l'échelle ADL chez les patients souffrants d'une maladie d'Alzheimer modérée à sévère (52, 77, 78). Cette hypothèse est également soutenue par l'absence de changement significatif du MMSE au cours de l'hospitalisation comme observé dans notre cohorte. De même, la publication de Mehta et coll (78) qui a porté sur l'étude prospective d'une cohorte de 5697

patients âgés a montré que chez les patients avec une dépendance pour les AVQ à l'échelle ADL, l'évolution des symptômes dépressifs n'était pas prédictible en fonction des changements des scores de cette échelle.

Nos données révèlent que le HoNOS65+F est une des rares échelles disponibles pour mesurer de façon fiable l'évolution de la dépression chez les patients avec une démence modérée. A ce jour, seules les études de Spear et al (41) et de Kotynia-English et al (48) ont tenté d'évaluer la validité de l'HoNOS65+ comme indicateur clinique dans une population de patients déments. Comme déjà évoqué, Spear et al ont montré une corrélation significative entre le HoNOS65+ et le CIBIC+ pour la sensibilité au changement dans une population âgée incluant 29% de patients déments et 28% de patients avec un trouble de l'humeur, alors que pour Kotynia et al les données étaient insuffisantes pour évaluer la sensibilité au changement.

Etant donné que l'échelle HoNOS65+F est formé de plusieurs items conceptuellement différents, nous avons aussi exploré la sensibilité au traitement de chaque item séparément. Dans notre série de patients hospitalisés, les scores des items "Troubles du comportement", "Troubles liés à l'humeur dépressive", "Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne" et "Problèmes liés à la prise de médication psychiatrique" du HoNOS65+F montrent une diminution significative parallèlement à l'amendement des symptômes dépressifs. La diminution du score des deux items "Troubles du comportement" et "Troubles liés à l'humeur dépressive" est cohérente avec l'indication évidente que la rémission de la dépression est accompagnée d'une diminution significative des troubles du comportement chez les patients avec une démence légère à modérée (79). Plus important encore, notre analyse révèle que les changements des scores des items "Troubles liés à l'humeur dépressive" et "Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne" sont très spécifiques pour l'évaluation des concepts cliniques s'y référant. Notre étude révèle également que dans un modèle multivarié, les changements des scores des items du HoNOS65+F sont corrélés avec ceux de certains items du BPRS : les changements de l'item "Troubles liés à l'humeur dépressive" du HoNOS65+F sont étroitement liés à ceux de l'item "tendances dépressives" et non pas avec ceux de l'item "émoussement affectif" du BPRS, ce qui confirme l'adéquation de cet item pour différencier la dépression de certains autres symptômes communs à la dépression et la démence, telle que l'apathie (5, 80, 81). De même, les changements du score de l'item "Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne" sont fortement corrélés à ceux du GAF. Comme attendu, les changements du score de l'item "Problèmes liés à la prise de médication psychiatrique" sont

moins représentatifs d'un domaine clinique unique. En accord avec la littérature récente qui démontre que les symptômes dépressifs (82) et les troubles cognitifs (83) sont des facteurs de risques de mauvaise adhésion au traitement, nos résultats montrent une forte corrélation positive entre le changement des items "retrait affectif" et "désorientation" du BPRS et le changement de l'item "Problèmes liés a la prise d'une médication psychiatrique" du HoNOS65+F. La contribution des troubles cognitifs semblant toutefois être prédominante. D'un point de vue clinique, les données suggèrent que les items "Troubles liés à l'humeur dépressive" et "Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne" seraient de bons candidats pour une évaluation rapide de l'évolution de la dépression et de ses répercussions fonctionnelles chez les patients avec une démence modérée.

## CONCLUSION

Les résultats de la première étude de cette thèse peuvent être interprétés en ligne directe avec les publications récentes montrant l'utilité de l'échelle HoNOS65+ dans la détection des problèmes mentaux chez les personnes âgées. Cette échelle est plus fréquemment utilisée en Angleterre et en Australie (8, 78), où elle est considérée comme une des six échelles de mesure les plus utilisées pour une population de patients psychiatriques âgés (41). Plusieurs publications antérieures ont montré que l'échelle HoNOS65+ est une échelle de mesure de l'évolution clinique relativement facilement utilisable dans un service de psychiatrie gériatrique (39, 41, 84). En outre, d'autres études ont montré la capacité du HoNOS65+ à discriminer entre des patients déments et ceux avec des troubles du comportement d'origine psychiatrique (10, 39, 41). Finalement, mais cela a toute son importance, l'échelle HoNOS65+ est facile à faire passer, brève et acceptable tant par les cliniciens que par les chercheurs (10, 41).

Les données de la deuxième étude de cette thèse complètent ces observations en montrant que cet instrument de mesure peut être efficace pour le suivi de l'évolution de la dépression en cas de démence modérée à sévère chez des patients hospitalisés. Toutefois, la taille de l'échantillon observé étant restreinte, ces résultats doivent être considérés comme des données pilote ayant une valeur probatoire limitée.

Des études futures, incluant une cohorte de patients plus importante, hospitalisés et ambulatoires, avec des degrés variables de troubles cognitifs et des troubles psychiatriques autres que la dépression, sont actuellement nécessaires pour mieux définir la sensibilité du HoNOS65+ au changement des symptômes psychologiques et comportementaux dans la démence.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Selbaek G, Kirkvold O et al. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioral disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing home. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2007; 22: 843-9.
2. Steinberg M, Corcoran C et al. Risk factors for neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2006 Sep; 21 (9): 824-30.
3. Lyketsos CG, Steinberg M et al. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry*, 2000 May; 157(5): 708-14.
4. Mast BT. Impact of cognitive impairment on the phenomenology of geriatric depression. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2005 Aug; 13(8): 694-700.
5. Starkstein SE, Mizrahi R et al. Specificity of symptoms of depression in Alzheimer disease: a longitudinal analysis. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2005 Sep;13(9): 802-7.
6. Chemerinski E, Petracca G et al. The specificity of depressive symptoms in patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 2001 Jan; 158(1): 68-72.
7. Müller-Thomson T, Sönke A et al. Detecting depression in Alzheimer disease: evaluation of four different scales. *Arch Clin Neuropsychology*, 2005; 20: 271-6.
8. Lam CK, Lim PP et al. Depression in dementia: a comparative and validation study of four brief scales in the elderly Chinese. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2004 May; 19(5): 422-8.
9. Louzon S, Corbière M et al. Validation de la version française du Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-F). *Can J Psychiatry*, 2001 Nov; 46: 841-6.
10. Canuto A, Weber K et al. Structured assessment of mental health state in psychogeriatrics: validity of the French HoNOS65+. *Can J Psychiatry*, 2007 Jan; 52(1): 37-45.
11. Simeone I, Abraham G. Introduction à la psychogériatrie. Simep, 1984.
12. Schenk, Leuba et al. Du vieillissement cérébral à la maladie d'Alzheimer. Autour de la notion de plasticité. De Boeck, Neurosciences et cognition. 2004 Nov.
13. Donaldson C, Tarrier N et al. The impact of symptoms of dementia on caregivers. *Br J Psychiatry*, 1997; 170: 62-8.
14. Josephsson S, Bäckmann L et al. Supporting everyday activities in dementia: an intervention study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1993; 8: 395-400.
15. The Lund Manchester Group, Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1994; 57: 416-8.

16. McKeith IG, Galasko D et al. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnostic of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop. *Neurolog*, 1996; 47: 1113-24.
17. Litvan I, Agid Y et al. Accuracy of the clinical diagnosis of corticobasal degeneration. *Neurology clinicopathology Study*, 1997; 48: 119-25.
18. Mesulam MM, Weintraub S. Spectrum of primary progressive aphasia. *Baillieres Clin Neurol* 1, 1992(3): 583-609.
19. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic (ICD-10). Organisation Mondiale de la Santé, Masson, 1994, traduction française.
20. DSM-IV. Critères diagnostiques, traduction française, Masson, 1996.
21. Erkinjuntti T, Inzitari L et al. Research criteria for subcortical vascular dementia in clinical trials. *J Neural Transm*, 2000; 59: suppl 23-30.
22. Lovheim H, Standman PO et al. Relationship between antipsychotic drug use and behavioral and psychological symptoms of dementia in old people with cognitive impairment living in geriatric care. *Int Psychogeriatr*, 2006; 31: 1-14.
23. Hermann N. Recommendations of the management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Can J Neurol Sci*, 2003; 28: suppl 1-S96-A107.
24. Finkel SI, Costa e Silva J et al. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr*, 1996; 8(suppl 3): 497-500.
25. Reisberg B, Borenstein J et al. BEHAVE-AD: A clinical rating scale for the assessment of pharmacologically remedial behavioral symptomatology in Alzheimer's disease, in Altman HJ (ed): *Alzheimer Disease*. New York, Plenum, 1987.
26. Sunderland T, Lawlor BA et al. Depressive syndromes in the elderly: Special concerns. *Psychopharmacol Bull*, 1988; 24: 567-76.
27. Starkstein SE, Migliorelli R et al. The prevalence and clinical correlates of apathy and irritability in Alzheimer's disease. *Eur J Neurol*, 1995;2: 540-6.
28. Starkstein SE, Petracca G et al. Syndromic validity of apathy in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 2001; 158: 872-7.
29. Marin RS. Apathy: a neuropsychiatric syndrome. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 1991; 3: 243-54.

30. Kunik Me, Snow-Turek Al et al. Contribution of psychosis and depression to behavioral disturbances in geropsychiatric inpatients with dementia. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 1999 Mar; 54(3): M 157-61.
31. Mack JI, Patterson MB. The evaluation of behavioral disturbances in Alzheimer's disease: the utility of three rating scales. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 1994 Apr-Jun; 7(2): 99-115.
32. Burns A, Lawlor B et al. Rating scales in old age psychiatry. *Br J Psychiatry*, 2002; 180: 161-7.
33. Wing JK, Beevor As et al. Health of the Nation Outcome Rating Scales (HoNOS). Research and development. *Br J Psychiatry*, 1998 Jan; 172: 11-8.
34. Rock D, Preston N. HoNOS: is there any point in training clinicians? *J Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2001; 8: 405-9.
35. Trauer T, Callaly T et al. Health of the Nation Outcome Scales. Result of the Victorian field trial. *Br J Psychiatry*, 1999; 174: 380-8.
36. Bebbington P, Brugha T et al. Validation of the Health of the Nation Outcome Scales. *Br J Psychiatry*, 1999; 174: 389-94.
37. Gowers SG, Harrington RC et al. Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOS CA). Glossary for HoNOS CA score sheet. *BR J Psychiatry*, 1999 May; 174: 428-31.
38. Roy A, Matthews H et al. Health of the Nation Outcome Scales for People with Learning Disabilities (HoNOS-LD). *Br J Psychiatry*, 2002; 180: 61-6.
39. Burns A, Beevor A et al. Health of the Nation Outcome Scales for Elderly People (HoNOS65+). *Br J Psychiatry*, 1999; 174: 424-7.
40. Orrel M, Yard P et al. Validity and reliability of the Health of the Nation Outcome Scales in psychiatric patients in the community. *Br J Psychiatry*, 1999; 174: 409-12.
41. Spear J, Chawla S et al. Does the HoNOS65+ meet criteria for a clinical outcome indicator for mental health services for older people? *Int J Geriatr Psychiatry*, 2002; 17(3): 226-30.
42. Amin S, Singh SP et al. Evaluating the Health of the Nation Outcome Scales. Reliability and validity in a three-years follow-up of first-onset psychosis. *Br J Psychiatry*, 1999; 174: 399-403.
43. McClelland R, Trimble P et al. Validation of an outcome scale for use in adult psychiatric practice. *Quality in Health Care*, 2000; 9: 98-105.

44. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychological reports*, 1962; 10: 799-812.
45. Ashaye O, Mathew G et al. A comparison of older longstay psychiatric and learning disability inpatients using the Health of the Nation Outcome Scales. *Int J geriatr Psychiatry*, 1997; 12: 548-52.
46. Reilly S, Challis D et al. The use of assessment scales in Old Age Psychiatry Services in England and Northern Ireland. *Aging and Mental Health*, 2004; 8(3). 249-55.
47. Macdonald A JD. The usefulness of aggregate routine clinical outcomes data: the example of HoNOS65+. *J Mental Health*, 2002; 11(6). 645-56.
48. Kotynia-English R, McGowan H et al. A randomized trial of early psychiatric intervention in residential care: impact on health outcomes. *Int Psychogeriatr*, 2005 Sep; 17(3): 475-85.
49. Folstein MF, Folstein Se et al. Minimal state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 1975 Nov; 12(3): 189-98.
50. Yesavage JA, Brink TI et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, 1982; 17(1): 37-49.
51. Finkel SI, Lyons JC et al. A Brief agitation rating scale (BARS) for nursing home elderly. *J Am Geriatr Soc*, 1993 Jan; 41(1): 50-2.
52. Hugues CP, Berg L et al. A new clinical scale for the staging of dementia. *Brit J Psychiatry*, 1982; 140: 566-72.
53. Ousset PJ, Andrieu S et al. Evaluation clinique de la démence d'une cohorte de 358 patients par la version française de l'échelle CDR. *Le revue de médecine interne*, 2003; 24: 283-7.
54. Greco F, Kalafat M et al: Standardisation et étalonnage français du MMSE. *Journées de Neurologie de Langue Française*, Paris, avril 1998.
55. Derouesne C, Poitrenaud J et al. Le Mini-Mental State Examination (MMSE): un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitive des patients par le clinicien. Version française consensuelle. *Presse Med*, 1999 Jun; 28(21): 1141-8.
56. Clément JP, Nassif RF et al. Development and contribution to the validation of a brief French version of the Yesavage Geriatric Depression Scale. *Encephale*, 1997 Mar-Apr; 23(2): 91-9.
57. Steinweg DL, Worth H. Alcoholism: the key to the CAGE. *Am J Med*, 1993 May; 94(5): 520-3.

58. Ramirez D, Darne B et al. Prevalence of alcoholic diseases. At a teaching hospital of the Paris suburbs. *Presse Med*, 1990; 19(34): 1571-5.
59. Pichot P, Overall B et al. Structure factorielle de l'échelle abrégée d'évaluation psychiatrique (BPRS). *Rev Psychol Appliquée*, 1969; 19: 217-32.
60. American Psychiatric Association APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorder's, 3<sup>rd</sup> eds. American Psychiatric Association, Washington DC, 1987.
61. Goldman HH, Skodol AE et al. Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry*, 1992 Sep; 149(9): 1148-56.
62. Broyer P. Echelle d'évaluation globale de fonctionnement (EGF). Guelfi JD et al: *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie, tome 1*, 1996; Ed. Pierre Fabre.
63. Cohen Mansfield J, Marx MS et al. A description of agitation in nursinghome. *J Gerontol*, 1989 May; 44(3): M77-84.
64. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of dailyliving. *Gerontologist*, 1969 Autumn; 9(3): 179-86.
65. Israël L. Evaluation de l'autonomie, les activités instrumentals de la vie quotidienne (IADL). Guelfi JD: *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie, tome 2*, 1996; 477-80. Ed. Pierre Fabre.
66. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc*, 1983 Dec; 31(12): 721-7.
67. Politis AM, Mayer LS et al. Validity and reliability of the newly translated Hellenic Neuropsychiatry Inventory (H-NPI) applied to Greek Outpatients with Alzheimer's disease: a study of disturbing behaviors among referrals to a memory clinic. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2004; 19: 203-8.
68. Overall JE, Beller SA. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) in geropsychiatry research: I. Factor structure on an inpatients unit. *J Gerontol*, 1984 Mar; 39(2): 187-93.
69. Beller SA, Overall JE. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) in geropsychiatric research: II. Representative profile pattern. *J Gerontol*, 1984 Mar; 39(2): 194-200.
70. Tariot PN, Podgorsky CA et al. Mental disorders in the nursing home: another perspective. *Am J Psychiatry*, 1993 Jul; 150(7): 1063-9.
71. Montorio I, Izal M. The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *Int Psychogeriatr*, Spring 1996; 8(1): 103-12.
72. Leshner EL, Berryhill JS. Validation of the Geriatric Depression Scale-Short form among inpatients. *J Clin Psychol*, Mar 1994; 50(2): 256-60.

73. Zarb J. Correlates of depression in cognitively impaired hospitalized elderly referred for neuropsychological assessment. *J Clin Exp Neuropsychol*, 1996 Oct; 18(5): 713-23.
74. Burke WJ, Roccaforte Wh et al. The short form of the Geriatric Depression Scale: a comparison with the 30-item form. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 1999 Jul-Sep; 4(3): 173-8.
75. Burke WJ, Houston MJ et al. Use of the Geriatric Depression Scale in dementia of the Alzheimer type. *J Am Geriatr Soc*, Sep 1989; 37(9): 856-60.
76. Kafonek S, Ettinger WH et al. Instruments for screening for depression and dementia in a long-term care facility. *J Am Geriatr Soc*, Jan 1989; 37(1): 29-34.
77. Powlishta KK, Storandt M et al. Absence of effect of depression on cognitive performance in early-stage Alzheimer disease. *Arch Neurol*, 2004 Aug; 61(8): 1265-8.
78. Mehta KM, Yaffe K et al. Cognitive impairment, depressive symptoms, and functional decline in older people. *J Am Geriatr Soc*, 2002 Jun; 50(6): 1045-50.
79. Lyketsos CG, Delcampo L et al. Treating depression in Alzheimer disease: efficacy and safety of sertraline therapy, and the benefits of depression reduction: the DIADS. *Arc Gen Psychiatry*, Jul 2003; 69(7): 737-46.
80. Landes AM, Sperry SD et al. The prevalence of apathy, dysphoria, and depression in relation to dementia severity in Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2005 Summer; 17(3): 342-9.
81. Starkstein SE, Ingram L et al. On the overlap between apathy and depression in dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. Aug 2005; 76(8): 1070-4.
82. Mackin RS, Areal PA. Cognitive and psychiatric predictors of medical treatment adherence among older adults in primary care clinics. *Int J Geriatr psychiatry*, 2007 Jan; 22(1): 55-60.
83. Cooper C, Carpenter I et al. The AdHOC Study of older adults' adherence to medication in 11 countries. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2005 Dec; 13(12): 1067-76.
84. Turner S. Are the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) useful for measuring outcomes in the older people's mental health services? *Aging and Mental Health*, 2004 Sep; 8(5): 387-96.
85. Shergill SS, Shankar KK et al. The validity and reliability of the Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) in the elderly. *J Mental Health*, 1999; 8(5): 511-21.

86. Cipher DJ, Clifford PA. Dementia, pain, depression, behavioral disturbances, and ADLs: toward a comprehensive conceptualization of quality of life in long-term care. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2004 Aug; 19(8): 741-8.
87. Cipher DJ, Clifford PA et al. Behavioral manifestations of pain in the demented elderly. *J Am Med Dir Assoc*, 2006 Jul; 7(6): 355-65. Epub 2006 Jan 31.
88. Bonsack C, Borgeat F et al. Mesurer la sévérité des problèmes des patients et leur évolution dans un secteur psychiatrique: une étude sur le terrain du Health of the Nation Outcome Scales en français (HoNOS-F). *Ann Med Psychol*, 2002; 160: 483-8.
89. Sharma VK, Wilkinson G et al. Health of the Nation Outcome Scales: a case study in general psychiatry. *Br J Psychiatry*, 1999; 174: 395-8.
90. Pirkis JE, Burgess PM et al. A review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) family of measures. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2005; 3:76.
91. Brooks R. The reliability and validity of the Health of the Nation Outcome Scales: validation in relation to patient derived measures. *Aust N Z J Psychiatry*, 2000; 34: 504-11.
92. Trauer T, Callaly T. Concordance between patients and their case managers using the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). *Austr Psychiatry*, 2002 Mar; 10(1): 24-8.
93. Bech P, Bille J et al. Validity of the HoNOS in identifying frequently hospitalized patients with ICD-10 mental disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 2005: 1-7.
94. Goldney RD, Fisher LJ et al. The Health of the Nation Outcome Scales in psychiatric hospitalisation: a multicentre study examining outcome and predicting of length of stay. *Aust N Z J Psychiatry*, 1998 Apr; 32(2): 199-205.
95. Page AC, Hooke GR et al. Measuring mental health outcome in a private psychiatric clinic: Health of the Nation Outcome Scales and Medical Outcomes Short Form SF-36. *Aust N Z J Psychiatry*, 2001 Jun; 35(3): 377-81.
96. Parker G, O'Donnell M et al. Assessing outcome in community mental health patients: a comparative analysis of measures. *Int J Soc Psychiatry*, 2002 Mar; 48(1): 11-9.
97. Parabiaghi A, Barbato A et al. Assessing reliable and clinically significant change on Health of the Nation Outcome Scales: method for displaying longitudinal data. *Aust N Z J Psychiatry*, 2005 Aug; 39(8): 719-25.

98. Ecob R, Croudace TJ et al. Multilevel investigation of variation in HoNOS ratings by mental health professionals: a naturalistic study of consecutive referrals. *Int J Methods Psychiatry Res*, 2004; 13(3): 152-64.
99. Dingemans PM. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and the nurses' observation scale for inpatient evaluation (NOSIE) in the evaluation of positive and negative symptoms. *J Clin Psychology*, 1990 Mar;46(2): 168-74.
100. Kohn R, Epstein-Lubow G. Course and outcomes of depression in the elderly. *Cur Psychiatry Rep*, 2006;8: 34-40.
101. Derouesne C, Lacomblez L. Démences et dépression. *Psychol Neuropsychiatr vieillissement*, 2004; 2(suppl.1): S35-42.
102. Kim JM, Lyons D et al. Differences in the behavioral and the psychological symptoms between Alzheimer's disease and vascular dementia: are the different pharmacologic treatment strategies justifiable? *Hum Psychopharmacol Clin Exp*, 2003; 18: 215-20.
103. Blank K, Hixon L et al. Determinants of geriatric inpatient length of stay. *Psychiatry Quarterly*, 2005 Summer; 76(2): 195-212.

<b>HoNOS 65+ F FEUILLE DE SCORE</b>
-------------------------------------

Répondre à l'aide du glossaire de cotation ! Juger les symptômes du patient les plus graves durant la semaine dernière.

Coter chaque échelle dans l'ordre de 1 à 13. Coter 9 si inconnu ou non applicable.

1	Troubles du comportement	0	1	2	3	4	9
2	Automutilations non-accidentelles	0	1	2	3	4	9
3	Problèmes liés à la consommation de médicaments ou d'alcool	0	1	2	3	4	9
4	Troubles cognitifs	0	1	2	3	4	9
5	Problèmes liés à une maladie physique ou un handicap	0	1	2	3	4	9
6	Troubles liés aux hallucinations et/ou délires	0	1	2	3	4	9
7	Troubles liés à l'humeur dépressive	0	1	2	3	4	9
8	Autres troubles mentaux et comportementaux	0	1	2	3	4	9
	Spécifier le trouble (entourer : A, B, C, D, E, F, G, H, I, J)						
9	Problèmes pour établir des relations sociales significatives	0	1	2	3	4	9
10	Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne	0	1	2	3	4	9
11	Problèmes liés aux conditions de vie	0	1	2	3	4	9
12	Problèmes liés aux occupations	0	1	2	3	4	9
13	Problèmes liés à la prise de médication psychiatrique	0	1	2	3	4	9

**1. Troubles du comportement (p.ex. comportement hyperactif, agressif, perturbateur ou agité, non collaborant ou opposant)**

*Inclure tous les comportements quelle qu'en soit la cause, p.ex. démence, médicaments, alcool, psychose, dépression, etc.*

*Ne pas inclure les comportements bizarres, cotés à l'échelle 6.*

0. Aucun problème de cette nature pendant la période évaluée
1. Irritabilité occasionnelle, disputes, agitation, etc. mais généralement calme et collaborant, et ne requérant aucune intervention spécifique.
2. Inclut des gestes agressifs, p.ex. bousculer ou importuner les autres, et/ou des menaces ou agressions verbales ; dommages mineurs à des objets ou à la propriété (p.ex. casser une tasse, une fenêtre) ; hyperactivité ou excitation marquées ; agitation et/ou déambulation intermittentes (le jour ou la nuit) ; collaboration fluctuante, nécessitant des encouragements et de la persuasion.
3. Physiquement agressif envers autrui (n'atteignant pas le niveau 4) ; dommages à la propriété plus importants ou destruction de biens ; attitude fréquemment menaçante ; hyperactivité ou agitation plus sévère et/ou persistante (p. ex. jour et nuit), associée ou non à une déambulation ; collaboration problématique, opposition à l'aide ou l'assistance.
4. Au moins une agression physique grave vis-à-vis d'autrui (au delà du niveau 3) ; comportement destructeur majeur et/ou persistant (p.ex. incendie) ; comportement menaçant sévère et persistant ; hyperactivité ou agitation très importante, désinhibition sexuelle ou autres comportements inappropriés (p.ex. uriner et/ou déféquer délibérément de manière inappropriée) ; agitation et/ou déambulation pratiquement constante ; problèmes graves liés à un comportement non-compliant ou opposant.

**2. Automutilations non-accidentelles**

*Ne pas inclure les blessures accidentelles (p.ex. dues à une démence ou à un déficit mental sévère) ; tout problème cognitif est coté à l'échelle 4 et les blessures à l'échelle 5.*

*Ne pas inclure une maladie ou une blessure directement imputable à la consommation de médicaments ou d'alcool cotées à l'échelle 3 (p.ex. cirrhose du foie ou blessure résultant d'une conduite en état d'ivresse coté à l'échelle 5)*

0. Aucun problème de cette nature pendant la période évaluée.
1. Idées d'automutilation ou de suicide passagères, mais peu ou pas de risque pendant la période.
2. Léger risque pendant la période ; inclut des pensées ou des propos d'automutilation ou de suicide plus fréquents (incluant des idées d'automutilation passives, telles que ne pas éviter une situation potentiellement létale, p.ex. traverser la route).
3. Risque modéré à sévère d'automutilation délibérée ; inclut des pensées ou des propos d'automutilation fréquents ou persistants ; inclut des préparatifs, p.ex. accumulation de médicaments.
4. Tentative de suicide et/ou automutilation délibérée pendant la période.

### 3. Problèmes liés à la consommation de médicaments ou d'alcool

**Ne pas inclure** les comportements agressifs ou destructeurs dus à la consommation d'alcool ou de médicaments, cotés à l'échelle 1.

**Ne pas inclure** les maladies ou les handicaps physiques dus à la consommation d'alcool ou de médicaments cotés à l'échelle 5.

**Ne pas inclure** la consommation accidentelle d'alcool ou de médicaments, p.ex. dans le contexte d'une démence, lorsque les problèmes cognitifs sont cotés à l'échelle 4 et que la maladie ou le handicap en résultant sont cotés à l'échelle 5.

0. Aucun problème de cette nature pendant la période évaluée.
1. Un peu de laisser-aller, mais sans dépasser les normes sociales.
2. Perte de maîtrise occasionnelle de la consommation d'alcool ou de médicaments, mais pas de problèmes sérieux.
3. Besoin marqué ou dépendance à l'alcool ou les médicaments, avec de fréquentes pertes de contrôle, ébriété, etc.
4. Conséquences graves ou incapacités résultant de l'abus d'alcool et de médicaments.

### 4. Troubles cognitifs

**Inclure** les problèmes d'orientation, de mémoire et de langage associés à tout autre trouble : démence, déficience mentale, schizophrénie, etc.

**Ne pas inclure** les problèmes transitoires (p.ex. gueule de bois) qui sont clairement associés à la consommation d'alcool ou de médicaments coté à l'échelle 3.

0. Aucun problème de cette nature pendant la période évaluée.
1. Troubles mineurs de l'orientation (p. ex. quelques difficultés d'orientation temporelle et/ou de mémoire (p.ex. quelques oublis mais encore capable d'apprendre activement de nouvelles informations), pas de trouble apparent du langage.
2. Légers troubles d'orientation (p.ex. désorientation temporelle fréquente) et/ou de mémoire (p.ex. troubles d'apprentissage de nouvelles informations, telles que des noms, des souvenirs d'événements récents, déficit interférent avec les activités de la vie quotidienne) ; difficulté à trouver son chemin dans un environnement nouveau ou non familier ; capable de saisir des informations verbales simples mais quelques difficultés pour comprendre et/ou exprimer un langage plus complexe.
3. Troubles modérés de l'orientation (p.ex. généralement désorienté dans le temps et souvent dans l'espace) et/ou de la mémoire (p.ex. oubli rapide d'informations nouvelles, seul le matériel surappris est retenu, incapacité occasionnelle de reconnaître des personnes familières) ; a perdu son chemin dans un lieu familier, troubles majeurs du langage (expression et/ou compréhension).
4. Désorientation sévère (p.ex. est constamment désorienté dans le temps et dans l'espace, et parfois par rapport aux personnes) et/ou déficit sévère de la mémoire (p.ex. seules des bribes d'information sont encore accessibles, perte des informations tant anciennes que récentes, incapacité à apprendre toute nouvelle information, incapable de manière constante de reconnaître ou de nommer des amis ou des membres de la famille proche) ; aucune communication n'est possible à travers le langage ou personne inaccessible à la parole.

## 5. Problèmes liés à une maladie physique ou un handicap

*Inclure* maladie et handicap, quelle qu'en soit la cause, qui limite la mobilité, diminue la vue ou l'audition ou interfère avec le niveau de fonctionnement de la personne (p.ex. la douleur).

*Inclure* aussi les effets secondaires des médicaments ; les effets de médicaments ou de l'alcool ; les handicaps physiques résultant d'accidents ou de blessures auto-infligées associés à des problèmes cognitifs, etc.

*Ne pas inclure* les troubles mentaux ou comportementaux cotés à l'échelle 4.

0. Aucun problème significatif sur le plan de la santé physique, des handicaps ou de la mobilité pendant la période évaluée.
1. Problèmes de santé mineurs (p.ex. un rhume) ; une altération de la vue et/ou de l'audition (mais encore capable de fonctionner de manière efficace avec des lunettes ou un appareil auditif).
2. Problèmes de santé physique limitant légèrement les activités et/ou la mobilité (p.ex. diminution de la distance parcourue à pieds, avec une certaine perte d'indépendance) ; altération modérée de la vue et/ou de l'audition (baisse du niveau de fonctionnement malgré une utilisation appropriée de lunettes ou d'appareil auditif), risque de chute présent mais faible, sans chute à ce jour ; troubles associés à des douleurs légères.
3. Problèmes de santé physique associés limitant modérément les activités et/ou la mobilité (p.ex. mobilité possible seulement avec une canne, un déambulateur ou avec de l'aide) ; trouble de la vision et/ou de l'audition plus sévère (n'atteignant pas le niveau 4) ; risque important de chute (une ou plusieurs chutes) ; troubles associés à des douleurs modérées.
4. Problèmes majeurs de santé physique limitant sévèrement les activités et/ou la mobilité (p.ex. dépendant d'une chaise ou alité) ; trouble sévère de la vision et/ou de l'audition (p.ex. aveugle ou sourd) ; risque élevé de chutes et une ou (généralement) plusieurs chutes à cause d'une maladie physique ou d'un handicap ; troubles associés à des douleurs sévères ; présence d'une altération du niveau de conscience.

## 6. Troubles liés aux hallucinations et/ou délires (ou fausses croyances)

*Inclure* les hallucinations et les délires (ou les fausses croyances) sans tenir compte du diagnostic.

*Inclure* les comportements étranges ou bizarres associés à des hallucinations ou des délires (ou des fausses croyances).

*Ne pas inclure* les comportements agressifs, destructeurs ou hyperactifs dus à des hallucinations et délires (ou fausses croyances) cotés à l'échelle 1.

0. Absence de délires ou d'hallucinations pendant la période évaluée.
1. Croyances légèrement étranges ou excentriques sans rapport avec les normes culturelles de la personne.
2. Délires ou hallucinations (p.ex. voix, visions) présents, mais perturbant peu le patient ou générant peu de comportements bizarres, c-à-d problème cliniquement présent mais léger.
3. Préoccupations marquées liées aux délires ou hallucinations, provoquant une détresse certaine et/ou se manifestant par un comportement clairement bizarre, c-à-d problème cliniquement modérément sévère.
4. Etat mental et comportement gravement perturbés et péjorés par les délires et/ou hallucinations, impact majeur sur le patient et/ou sur son entourage, c-à-d problème cliniquement sévère.

## 7. Troubles liés à l'humeur dépressive

**Ne pas inclure** l'hyperactivité ou l'agitation cotés à l'échelle 1.

**Ne pas inclure** les idées ou tentatives suicidaires, cotés à l'échelle 2.

**Ne pas inclure** les délires ou hallucinations, cotés à l'échelle 6.

**Coter** les problèmes associés (p.ex. modification du sommeil, de l'appétit ou du poids ; symptômes anxieux) à l'échelle 8.

0. Aucun problème associé à une humeur dépressive pendant la période évaluée.
1. Humeur morose, ou seulement des modifications mineures de l'humeur.
2. Dépression légère mais nette, mesurée subjectivement et/ou objectivement (p.ex. perte d'intérêt et/ou de plaisir, manque d'énergie, perte de l'estime de soi, sentiments de culpabilité).
3. Dépression modérée mesurée subjectivement et/ou objectivement (symptômes dépressifs plus marqués).
4. Dépression sévère sur des bases subjectives et/ou objectives (p.ex. perte profonde d'intérêt et/ou de plaisir, préoccupations liés à des idées de culpabilité ou d'inutilité).

## 8. Autres troubles mentaux et comportementaux

**Evaluer** seulement le trouble clinique le plus sévère non coté aux échelles 6 et 7.

**Spécifier** le type de trouble en mettant la lettre appropriée :

- A phobie
- B anxiété
- C obsessionnel-compulsif
- D surmenage, tension
- E dissociatif
- F somatoforme
- G alimentaire
- H sommeil
- I sexuel
- J autre, spécifier

0. Aucun de ces troubles pendant la période évaluée.
1. Trouble mineur cliniquement non significatif.
2. Un trouble est cliniquement présent mais d'intensité légère, p.ex. problème occasionnel, patient maintenant un certain contrôle et/ou n'étant pas excessivement perturbé.
3. Trouble cliniquement modérément sévère, p.ex. plus fréquent, plus perturbant et avec des symptômes plus marqués.
4. Trouble grave et persistant qui domine ou affecte sérieusement la plupart des activités.

## 9. Problèmes pour établir des relations sociales significatives

*Problèmes liés aux relations sociales identifiés par le patient et/ou évidents pour les soignants ou l'entourage.*

*Coter le problème le plus sévère lié à un retrait actif ou passif, ou une tendance à dominer les relations sociales et/ou une tendance à avoir des relations pas soutenantes, destructrices ou nuisibles pour le patient.*

0. Aucun problème significatif pendant la période évaluée.
1. Trouble mineur cliniquement non significatif.
2. Problèmes nets pour établir, maintenir ou s'adapter aux relations de soutien (p.ex. à cause d'un comportement contrôlant ou suite à des relations difficiles, abusives ou un vécu d'exploitation), difficultés nettes, mais légères, reportées par le patient et/ou évidentes pour autrui ou les soignants.
3. Problèmes majeurs persistants dans les relations ; conflits modérément sévères ou problèmes identifiés dans la relation par le patient et/ou visibles pour autrui ou les soignants.
4. Difficultés sévères associées aux relations sociales (p.ex. isolement, retrait, conflit, abus) ; tensions et stress majeurs (p.ex. menace de rupture de la relation).

## 10. Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne

*Evaluer le niveau global de fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne : p.ex. des problèmes avec les soins personnels de base comme manger, se laver, s'habiller, aller aux toilettes ainsi qu'avec des tâches complexes telles que la gestion du budget, les loisirs, l'utilisation des transports, etc.*

*Inclure tout manque de motivation pour l'utilisation des ressources d'entraide car cela contribue à une baisse du niveau de fonctionnement global.*

*Ne pas inclure l'absence de possibilité pour mettre en pratique des habiletés et des compétences, cotée aux échelles 11 et 12.*

0. Aucun problème pendant la période évaluée ; bonne capacité à fonctionner de manière adéquate dans toutes les activités de base (p.ex. continent, ou capable de gérer l'incontinence de manière appropriée, capable de manger et de s'habiller de manière autonome) et dans les activités complexes (capable de conduire ou d'utiliser les transports publics, de gérer ses affaires financières de manière appropriée).
1. Problèmes mineurs seulement, qui n'ont pas de conséquences significativement néfastes; p.ex. négligence, légère désorganisation, quelques signes suggérant des difficultés mineures à effectuer des tâches complexes mais encore capable d'y faire face de manière efficace.
2. Soins personnels et activités de base adéquats (bien que parfois sur sollicitation), mais difficultés avec les tâches complexes (p.ex. problèmes d'organisation pour préparer un repas ou une boisson, diminution des intérêts personnels, particulièrement dans des situations à l'extérieur du domicile, problèmes de conduite automobile, dans les transports publics ou dans les jugements financiers).
3. Problèmes nets dans un ou plusieurs domaines des soins personnels de base (p.ex. besoin d'une certaine surveillance pour l'habillement et pour manger, incontinence urinaire occasionnelle ou continence uniquement si incité à se rendre régulièrement aux toilettes), incapacité à effectuer plusieurs tâches complexes.
4. Incapacité majeure ou totale dans tous ou presque tous les domaines requérant des habiletés simples et complexes (p.ex. besoin de surveillance constante pour manger et s'habiller, incontinenances urinaire ou fécale fréquentes).

## 11. Problèmes liés aux conditions de vie

*Evaluer la sévérité globale des problèmes liés à la qualité des conditions de vie, le logement et aux routines domestiques, en tenant compte des préférences du patient et du degré de satisfaction par rapport à cette situation. Est-ce que les besoins de base sont comblés (chauffage, éclairage, hygiène) ? Si oui, est-ce que l'environnement physique favorise l'indépendance et minimise les risques, et offre-t-il un choix de possibilités pour faciliter l'utilisation des compétences existantes et en développer des nouvelles ?*

*Ne pas inclure le niveau de handicap fonctionnel coté à l'échelle 10.*

*Evaluer le lieu de vie habituel du patient. S'il est hospitalisé transitoirement, évaluer le domicile du patient. Si l'information n'est pas disponible, coter 9.*

0. Le logement et les conditions de vie sont acceptables ; ils aident à ne pas renforcer tout handicap coté à l'échelle 10, de minimiser les risques et de favoriser l'autonomie. Le patient est satisfait de son logement.
1. Le logement est raisonnablement acceptable, malgré quelques problèmes légers ou passagers liés essentiellement aux préférences du patient plutôt qu'avec n'importe quel problème ou risque associé à son environnement (p.ex. l'emplacement n'est pas idéal, il n'a pas la préférence de l'usager, la nourriture proposée ne plaît pas).
2. Les besoins de base sont comblés mais il y a des problèmes significatifs avec un ou plusieurs aspects du logement et/ou du régime alimentaire (p.ex. absence de moyens adaptés pour optimiser la fonctionnalité, tel que escaliers, ascenseurs, ou autres problèmes d'accès) ; peut constituer des risques pour le patient (p.ex. blessures) qui pourraient être réduits.
3. Problèmes multiples et perturbant avec le logement ; certains aménagements de base sont absents (p.ex. chauffage insuffisant ou pas fiable, absence de possibilité de cuisiner, installations sanitaires inadéquates), conditions de l'environnement physique comportant clairement un risque pour le patient.
4. Logement inacceptable ; p.ex. manque d'aménagements de base, conditions de vie insécures ou intolérables, aggravant l'état du patient et/ou l'exposant à un risque élevé de blessures ou à d'autres conséquences néfastes.

## 12. Problèmes liés aux occupations

**Evaluer** le niveau global des problèmes liés à la qualité des occupations journalières. Y-a-t-il de l'aide pour s'adapter aux handicaps et des possibilités pour maintenir ou améliorer les habiletés sociales et activités occupationnelles ?

**Considérer** les facteurs tels que la stigmatisation sociale, l'absence d'une équipe qualifiée, le manque d'accès à des services de soutien, p.ex. personnel et équipement de centres de jour, clubs sociaux, etc.

**Ne pas évaluer** le niveau de handicap fonctionnel lui-même, coté à l'échelle 10.

**Evaluer la situation habituelle du patient.**

0. L'environnement quotidien du patient est acceptable ; il aide à ne renforcer aucun handicap coté à l'échelle 10 et favorise l'autonomie.
1. Problèmes mineurs ou temporaires, p.ex. services adéquats à disposition mais pas toujours au moment voulu pour le patient.
2. Choix limité d'activités ; p.ex. soutien insuffisant des proches ou de professionnels ; encadrement de jour efficace à disposition mais dans un horaire très limité.
3. Insuffisance marquée de services qualifiés et de soutien à disposition pour aider à optimiser le niveau d'activité et d'autonomie ; peu ou pas de possibilités de se servir de ses capacités existantes ou d'en acquérir des nouvelles ; services non qualifiés difficiles d'accès.
4. Absence totale de toute possibilité d'avoir des activités de jour aggravant les problèmes du patient, ou refus du patient des services offerts qui pourraient améliorer sa situation.

## 13. Problèmes liés à la prise de médication psychiatrique

**Evaluer** le niveau d'assiduité dans la prise de médication psychiatrique. Faut-il rappeler à la personne de prendre la médication ? Doit-on lui rappeler ses rendez-vous pour une injection dépôt ?

**Ne pas inclure** la prise d'autres types de médicaments.

**Ne pas inclure** une prise excessive de médicaments visant à l'autodestruction, à coter à l'échelle 2.

0. Aucun problème pendant la période évaluée, patient prend régulièrement la médication psychiatrique, de la manière prescrite et sans aide.
1. Patient est assidu la plupart du temps et/ou nécessite quelques rappels.
2. Patient prend irrégulièrement la médication psychiatrique et/ou requiert une intervention fréquente pour assurer une prise régulière.
3. La prise de médicament est très irrégulière et/ou nécessite un suivi permanent pour assurer la prise de médicament.
4. Refuse toute médication et toute aide pour la prise de médicaments.

# Clinical Dementia Rating Scale - CDR

Nom :

Date :

Déficit

Sous-Score

	Aucun 0	Douteux 0,5	Léger 1	Modéré 2	Sévère 3
Mémoire	Pas de perte de mémoire ou oublis occasionnels, inconstants.	Oublis fréquents, mais encore des souvenirs partiels des événements. « Oublis béniins ».	Perte de mémoire modérée, plus marquée pour les événements récents, suffisamment importante pour interférer avec les activités de la vie quotidienne.	Sévère perte de la mémoire, seul le matériel souvent répété est rappelé, les informations récentes sont rapidement oubliées.	Sévère perte de la mémoire, seuls des fragments subsistent.
Orientation	Parfaitement orienté.	Parfaitement orienté, exceptées des difficultés modérées avec les relations temporelles.	Quelques difficultés avec les relations temporelles, orienté dans l'espace à l'examen mais pouvant être désorienté ailleurs.	Sévèrement désorienté par rapport au temps et souvent par rapport au lieu.	Uniquement orienté quant aux informations personnelles.
Jugement et résolution de problèmes	Résout bien les problèmes quotidiens. Bon jugement par rapport aux aptitudes antérieures.	Difficultés modérées dans la résolution de problèmes, similitudes, différences, etc.	Difficultés modérées dans la gestion de problèmes complexes, les similitudes, mais le jugement social est habituellement préservé.	Sévères troubles dans la gestion des problèmes, jugement social perturbé.	Incapacité à exercer son jugement, que ce soit dans la résolution de problèmes ou sur le plan social.
Activités sociales	Pas d'altération dans l'aptitude à participer à la vie communautaire (travail, courses, affaires financières, volontariat, groupes sociaux).	Troubles modérés dans ces activités.	Incapacité à fonctionner indépendamment dans les activités communautaires bien qu'encore capable d'y participer ; peut paraître normal à un observateur non avisé.	Ne peut être indépendant	hors de son domicile
Maison et loisirs	Vie à domicile, hobbies, intérêts bien conservés.	Vie à domicile, hobbies, intérêts légèrement perturbés.	Léger mais net déficit dans le fonctionnement à domicile, tâches les plus difficiles abandonnées. Hobbies et intérêts plus complexes abandonnés.	Suffisamment bien pour fonctionner hors d'un établissement médico-social.	Trop malade pour fonctionner hors d'un établissement médico-social.
Soins personnels	Parfaitement indépendant	Parfaitement indépendant	Besoin d'incitation.	Seules les tâches très simples sont préservées, intérêts très limités, peu soutenus	Pas d'activité significative à la maison.
				Besoin d'assistance pour l'habillage, l'hygiène etc.	A besoin de beaucoup d'aide pour les soins personnels, souvent incontinent.

SCORE GLOBAL

Bien que les règles pour assigner des scores CDR à des stades plus avancés que le 3 n'aient pas été établies. Les propositions suivantes ont été faites pour distinguer des niveaux de troubles plus graves dans les démences avancées.

**Profonde (4)** Langage habituellement incompréhensible ou inadéquat, incapacité à suivre des instructions ou à comprendre des commandes ; reconnaît occasionnellement son conjoint ou son soignant. Utilise plus souvent ses doigts que des ustensiles, a besoin de beaucoup d'assistance, souvent incontinent en dépit de l'assistance. Peut marcher quelques pas avec de l'aide, habituellement assis, sortant rarement hors de son domicile ou de son home, fréquents mouvements sans but

**Terminale (5)**

Pas de réponse, ni de compréhension ou de reconnaissance. Doit être nourri, peut avoir une sonde naso-gastrique et/ou des difficultés pour avaler. Incontinence totale. Cloué au lit, incapable de se tenir debout ou de s'asseoir.

**MMS (Folstein et al. 1975, traduit par GRECO, Kalafat et al. 1998)**

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre le mieux que vous pouvez.

**ORIENTATION**

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- |                                  |       |              |
|----------------------------------|-------|--------------|
| 1. En quelle année sommes-nous ? | ..... | coter 0 ou 1 |
| 2. En quelle saison ?            | ..... |              |
| 3. En quel mois ?                | ..... |              |
| 4. Quel jour du mois ?           | ..... |              |
| 5. Quel jour de la semaine ?     | ..... |              |
| Sous total :                     |       | ..... / 5    |

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons :

- |  |       |              |
|--|-------|--------------|
| 6. Dans quel hôpital sommes-nous ?                     | ..... | coter 0 ou 1 |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?                  | ..... |              |
| 8. Dans quel canton ?                                  | ..... |              |
| 9. Dans quel région de la Suisse est situé ce canton ? | ..... |              |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ?                     | ..... |              |
| Sous total :   |       | ..... / 5    |

**APPRENTISSAGE**

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure (max. 6 répétitions)

- |              |       |              |
|--------------|-------|--------------|
| 11. Cigare   | ..... | coter 0 ou 1 |
| 12. Fleur    | ..... |              |
| 13. Porte    | ..... |              |
| Sous total : |       | ..... / 3    |

**ATTENTION ET CALCUL**

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

- |                |       |              |
|----------------|-------|--------------|
| 14. $100-7=93$ | ..... | coter 0 ou 1 |
| 15. $93-7=86$  | ..... |              |
| 16. $86-7=79$  | ..... |              |
| 17. $79-7=72$  | ..... |              |
| 18. $72-7=65$  | ..... |              |
| Sous total :   |       | ..... / 5    |

En cas d'échec, demander :

Voulez-vous épeler le mot « MONDE » à l'envers : EDNOM

Noter le nombre de lettres données dans l'ordre correct :

Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.

**RAPPEL**

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- |            |       |                        |
|------------|-------|------------------------|
| 19. Cigare | ..... |                        |
| 20. Fleur  | ..... |                        |
| 21. Porte  | ..... | Sous total : ..... / 3 |

**LANGAGE**

22. Montrer un crayon

Quel est le nom de cet objet ? .....

23. Montrer une montre

Quel est le nom de cet objet ? .....

24. Ecoutez bien et répétez après moi :

« PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » .....

25. Posez une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant :

Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

Prenez cette feuille de papier avec la main droite .....

26. Pliez la en deux .....

27. et jetez-la par terre .....

28. Montrer au sujet la phrase « FERMEZ LES YEUX » et lui dire :

Faites ce qui est écrit .....

29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo et lui demander :

Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais  
une phrase entière. ....

Sous total : ..... / 8

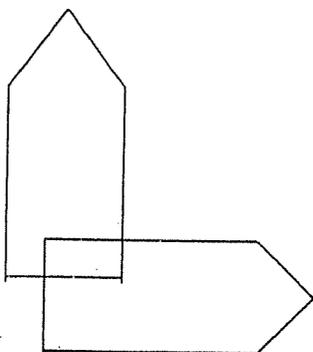
**PRAXIES CONSTRUCTIVES**

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

Voulez-vous recopier ce dessin ? .....

Sous total : ..... / 1

**SCORE TOTAL (0 à 30) ..... / 30**



**VOTRE HUMEUR CETTE SEMAINE**  
(GDS-15, Sheikh & Yesavage 1986, traduit par Clement et al. 1997)

**Instructions**

Encerclez la réponse exprimant le mieux comment le patient s'est senti au cours de la semaine passée.

1	Etes-vous globalement satisfait(e) de votre vie?	OUI	NON
2	Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités et intérêts?	OUI	NON
3	Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	OUI	NON
4	Vous ennuyez-vous souvent?	OUI	NON
5	Etes-vous en général de bonne humeur ?	OUI	NON
6	Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?	OUI	NON
7	Etes-vous heureux/heureuse la plupart du temps ?	OUI	NON
8	Vous sentez-vous souvent délaissé(e) ?	OUI	NON
9	Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire de nouvelles choses ?	OUI	NON
10	Avez-vous l'impression que vous avez plus de problèmes de mémoire que la plupart des gens ?	OUI	NON
11	Pensez-vous qu'il est merveilleux d'être en vie maintenant ?	OUI	NON
12	Avez-vous l'impression que la façon dont vous vivez actuellement ne vaut rien ?	OUI	NON
13	Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	OUI	NON
14	Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	OUI	NON
15	Pensez-vous que beaucoup de gens sont bien mieux que vous ?	OUI	NON

**CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eyes-opener)**  
(Steinweg & Worth 1993)

1	Avez-vous déjà ressenti le besoin d'arrêter de consommer de l'alcool ?	OUI	NON
2	Vous êtes-vous déjà senti coupable vis-à-vis de votre consommation ?	OUI	NON
3	Avez-vous déjà bu de l'alcool le matin pour mieux vous réveiller ?	OUI	NON
4	Avez-vous déjà été ennuyé par des critiques de vos proches ?	OUI	NON

**Echelle abrégée d'appréciation psychiatrique  
BPRS (Overall & Gorham 1962 ; traduit par Pichot et al. 1969)**

Répondre à l'aide du glossaire si nécessaire !

Coter chacun des items sur l'échelle de 7 points allant de 1 (absence de symptômes) à 7 (extrêmement sévère). Cocher la case « NA » si inconnu ou non applicable.

		Non applicable	Absent	Très léger	Léger	Modéré	Modéré à sévère	Sévère	Très sévère
1	Préoccupations somatiques	NA	1	2	3	4	5	6	7
2	Anxiété	NA	1	2	3	4	5	6	7
3	Retrait affectif	NA	1	2	3	4	5	6	7
4	Désorganisation conceptuelle	NA	1	2	3	4	5	6	7
5	Sentiments de culpabilité	NA	1	2	3	4	5	6	7
6	Tension	NA	1	2	3	4	5	6	7
7	Maniérisme et attitude	NA	1	2	3	4	5	6	7
8	Mégalomanie	NA	1	2	3	4	5	6	7
9	Tendances dépressives	NA	1	2	3	4	5	6	7
10	Hostilité	NA	1	2	3	4	5	6	7
11	Méfiance	NA	1	2	3	4	5	6	7
12	Comportement hallucinatoire	NA	1	2	3	4	5	6	7
13	Ralentissement moteur	NA	1	2	3	4	5	6	7
14	Non-coopération	NA	1	2	3	4	5	6	7
15	Pensées inhabituelles	NA	1	2	3	4	5	6	7
16	Emoussement affectif	NA	1	2	3	4	5	6	7
17	Excitation	NA	1	2	3	4	5	6	7
18	Désorientation	NA	1	2	3	4	5	6	7

**Echelle abrégée d'appréciation psychiatrique - GLOSSAIRE**  
**BPRS (Overall & Gorham 1962 ; traduit par Pichot et al. 1969)**

- 1. Préoccupations somatiques.** Intensité des préoccupations actuelles sur la santé physique. Estimer combien sa santé physique préoccupe le patient, quel que soit le bien-fondé des plaintes.
- 2. Anxiété.** Inquiétude, crainte ou préoccupations exagérées concernant le présent ou l'avenir. - Ne considérer que ce que le malade rapporte lui-même de ses expériences subjectives. - Ne pas déduire l'anxiété de signes physiques ou de système de défenses névrotiques.
- 3. Retrait affectif.** Manque de contact avec l'interlocuteur, inadaptation à la situation d'entretien. - A quel degré le patient donne-t-il l'impression de ne pouvoir établir un contact affectif au cours de l'entretien ?
- 4. Désorganisation conceptuelle.** Degré de confusion, d'incohérence, de désorganisation des processus idéiques. - Estimer les troubles au niveau de la production verbale. - Ne pas se baser sur l'impression que le malade peut avoir du niveau de son fonctionnement mental.
- 5. Sentiments de culpabilité.** Préoccupations exagérées ou remords à propos d'une conduite passée. - Faire l'estimation d'après les expériences subjectives de culpabilité, celles que le malade décrit et dans un contexte affectif approprié. - Ne pas déduire l'existence de sentiments de culpabilité d'une symptomatologie dépressive, anxieuse ou de défenses névrotiques.
- 6. Tension.** Manifestations physiques et motrices de la tension, « nervosité » et fébrilité. Faire l'estimation seulement d'après les signes somatiques et le comportement moteur. Ne pas se baser sur les sentiments de tension que le malade dit ressentir.
- 7. Maniérisme et attitude.** Comportement moteur inhabituel, du type de ceux qui font remarquer un malade mental dans un groupe de gens normaux. - Estimer seulement la bizarrerie des mouvements. - Ne pas tenir compte ici d'une simple hyperactivité motrice.
- 8. Mégalomanie.** Surestimation de soi-même, conviction d'être extraordinairement doué et puissant. - Faire l'estimation seulement d'après ce que le malade déclare, soit de son propre statut, soit de sa position par rapport aux autres. - Ne pas la déduire de son comportement ou cours de l'entretien.
- 9. Tendances dépressives.** Découragement, tristesse. - Estimer seulement l'importance du découragement. - Ne pas le déduire d'un ralentissement global ou de plaintes hypocondriaques.
- 10. Hostilité.** Animosité, mépris, agressivité, dédain pour les autres en dehors de la situation d'examen. - Faire l'estimation seulement d'après ce que dit le malade de ses sentiments et de son comportement envers les autres. - Ne pas déduire l'hostilité des défenses névrotiques, de l'anxiété ou de plaintes somatiques. - (L'attitude envers l'interlocuteur sera notée sous la rubrique « non coopération »).
- 11. Méfiance.** Croyance (délirante ou autre) que des gens ont, ou ont eu dans le passé des intentions, ou mauvaises, ou de rejet envers le malade. - Ne faire porter l'estimation que sur les soupçons que le malade, d'après ses dires, entretient actuellement, que ces soupçons concernent des circonstances présentes ou passées.

**12. Comportement hallucinatoire.** Perceptions sans objet. - Ne faire porter l'estimation que sur les expériences survenues au cours de la semaine écoulée, signalées comme telles par le malade, et décrites comme étant nettement différentes de la pensée et de l'imagination normales.

**13. Ralentissement moteur.** Baisse de la sthénie apparaissant dans la lenteur du mouvement et du débit du discours, dans une réduction du tonus, dans la rareté du geste. - Faire l'estimation seulement d'après l'observation du comportement du malade. - Ne pas tenir compte de l'idée que le sujet a de sa propre sthénie.

**14. Non-coopération.** Signes manifestes de résistance, d'inimitié, de ressentiment et de manque d'empressement à coopérer avec l'interlocuteur. - Faire l'estimation seulement d'après l'attitude et les réponses du malade par rapport à l'interlocuteur et pendant l'entretien. - Ne pas tenir compte du mécontentement ou du refus de coopérer se manifestant en dehors de l'entretien.

**15. Pensées inhabituelles.** Idées insolites, singulières, étranges ou bizarres. - Estimer l'étrangeté. - Ne pas tenir compte de la désorganisation du cours de la pensée.

**16. Emoussement affectif.** Réduction du tonus émotionnel, impression d'un manque de sensibilité ou de participation affective.

**17. Excitation.** Elévation de la tonalité émotionnelle, agitation, réactions plus vives. - Tenir compte d'une précipitation excessive dans le débit des paroles et de l'élévation du ton.

**18. Désorientation.** Confusion entre personnes, lieux et successions d'événements.- Tenir compte des impressions d'irréalité, de peur diffuse, et des difficultés de compréhension d'une situation banale.

Entourer ce qui correspond (une seule réponse).

100 - 91 Absence de symptômes

90 - 81 Symptômes absents ou minimes (ex. anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (ex. conflit occasionnel avec des membres de la famille)

80 - 71 Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (ex. des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'un handicap léger du fonctionnement social ou professionnel

70 - 61 Quelques symptômes légers (ex. humeur dépressive et insomnie légère) OU une certaine difficulté dans le fonctionnement social ou professionnel (ex. vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.

60 - 51 Symptômes d'intensité moyenne (ex. émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) OU difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social ou professionnel (ex. peu d'amis, conflits avec les collègues de travail).

50 - 41 Symptômes importants (ex. idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) OU handicap important dans le fonctionnement social ou professionnel (ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi).

40 - 31 Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (ex. discours par moments illogique, obscur ou inadapté) OU handicap majeur dans plusieurs domaines (ex. le travail, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (ex. un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler).

30 - 21 Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations OU trouble grave de la communication ou du jugement (ex. parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) OU incapable de fonctionner dans tous les domaines (ex. reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis)

20 - 11 Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (ex. tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) OU incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum (ex. se barbouille d'excréments) OU altération massive de la communication (ex. incohérence indiscutable ou mutisme)

10 - 1 Danger persistant d'hétéro-agression grave (ex. accès répétés de violence) OU incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimale OU geste suicidaire avec attente précise de la mort.

**Brief Agitation Rating Scale (BARS)**  
(Finkel et al. 1993)

Coter chacun des 10 items sur l'échelle de 7 points.

- 0 non applicable
- 1 jamais
- 2 moins qu'une fois par semaine
- 3 une à deux fois par semaine
- 4 quelque fois au cours de la semaine
- 5 une à deux fois par jour
- 6 plusieurs fois par jour
- 7 plusieurs fois par heure

		0	1	2	3	4	5	6	7
1	cherche à saisir								
2	déambule								
3	attitudes répétitives								
4	agitation								
5	répète des mots, phrases								
6	se plaint								
7	émet des bruits bizarres								
8	donne des coups								
9	bouscule								
10	pousse des hurlements								

**ACTIVITES (INSTRUMENTALES) DE LA VIE QUOTIDIENNE - (I)ADL**  
(Lawton & Brody 1969, traduit par Israël & Waintraub 1996)

*Pour chaque catégorie, encercler le numéro décrivant au mieux l'état fonctionnel du patient.*

**A. Aptitude à utiliser le téléphone**

1. Il (elle) est à même d'utiliser le téléphone de sa propre initiative, de reconnaître les numéros, de les composer, etc...
2. Il (elle) est à même de composer quelques numéros bien connus.
3. Il (elle) est à même de répondre à un appel mais non d'appeler.
4. Il (elle) n'utilise plus du tout le téléphone.
9. Non applicable.

**B. Emplettes**

1. Il (elle) s'occupe seul(e) de tous ses besoins dans ce domaine.
2. Il (elle) peut faire de petites emplettes de manière indépendante.
3. Il (elle) doit être accompagné(e) pour n'importe quelles emplettes.
4. Il (elle) est tout à fait incapable de faire des emplettes.
9. Non applicable.

**C. Cuisine**

1. Il (elle) prévoit, prépare et sert des repas adéquats de manière indépendante.
2. Il (elle) prépare des repas adéquats si on lui donne les ingrédients.
3. Il (elle) peut réchauffer et servir des repas préparés ; ou il (elle) peut préparer des plats mais son régime n'est pas adéquat.
4. Ses plats doivent être préparés et lui être servis.
9. Non applicable.

**D. Entretien de la maison**

1. Il (elle) entretient son domicile seul(e) ou avec une aide occasionnelle (par ex. pour les travaux ménagers lourds)
2. Il (elle) peut accomplir des tâches d'entretien légères telles que faire la vaisselle ou le lit.
3. Il (elle) peut accomplir des tâches d'entretien légères mais il (elle) n'est pas à même de maintenir un niveau de propreté acceptable.
4. Il (elle) a besoin d'aide dans toutes les tâches d'entretien du domicile.
9. Non applicable.

**E. Lessive**

1. Il (elle) peut faire toute sa lessive seul(e).
2. Il (elle) peut lessiver de petites choses : chaussettes, bas, ...
3. La lessive doit être entièrement faite pas d'autres.
9. Non applicable.

**F. Transports**

1. Il (elle) voyage seul(e), par les transports en commun, ou est à même de conduire une voiture.
2. Il (elle) organise ses déplacements en taxi mais n'utilise pas les transports en commun.
3. Il (elle) se déplace avec les transports en commun s'il (elle) est accompagné(e) ou aidé(e).
4. Les voyages sont limités à des transports en voiture ou en taxi mais toujours avec de l'aide.
5. Il (elle) ne voyage pas du tout.
9. Non applicable.

G. Aptitude à prendre ses médicaments.

1. Il (elle) est apte à prendre ses médicaments aux posologies et aux moments prescrits.
2. Il (elle) est apte à prendre ses médicaments si on les lui prépare à l'avance, et les séparant bien.
3. Il (elle) n'est pas apte à prendre seul(e) ses médicaments.
9. Non applicable.

H. Aptitude à gérer ses propres finances

1. Il (elle) gère ses finances de manière indépendante : budget, chèques, paiement du loyer, et des factures, contacts avec la banque, ... on peut dire qu'il (elle) perçoit et gère ses revenus.
2. Il (elle) gère les achats au quotidien mais a besoin d'aide pour ses contacts avec la banque, les achats importants, etc...
3. Il (elle) n'est pas à même de gérer l'argent.
9. Non applicable.

**ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE - ADL**  
(Lawton & Brody 1969, traduit par Israël & Waintraub 1996)

1. Alimentation	0
sans aide	1
avec un peu d'aide	2
complètement incapable de manger seul(e)	9
non applicable (NA)	
2. Habillement	0
sans aide	1
avec un peu d'aide	2
incapable de s'habiller/déshabiller	9
non applicable (NA)	
3. Hygiène personnelle (se coiffer, se raser, etc.)	0
sans aide	1
avec un peu d'aide	2
incapable de prendre soin de soi	9
non applicable (NA)	
4. Bain/Douche	0
sans aide	1
avec un peu d'aide	2
incapable de prendre un bain	9
non applicable (NA)	
5. Marcher	0
sans aide	1
avec un peu d'aide	2
incapable de marcher	9
non applicable (NA)	
6. Transferts (se mettre au lit, se lever)	0
sans aide	1
avec un peu d'aide	2
incapable	9
non applicable (NA)	
7. Toilette	0
propre, autonome	1
incontinence occasionnelle, a besoin qu'on lui rappelle	2
peu ou pas de contrôle sphinctérien	9
non applicable (NA)	