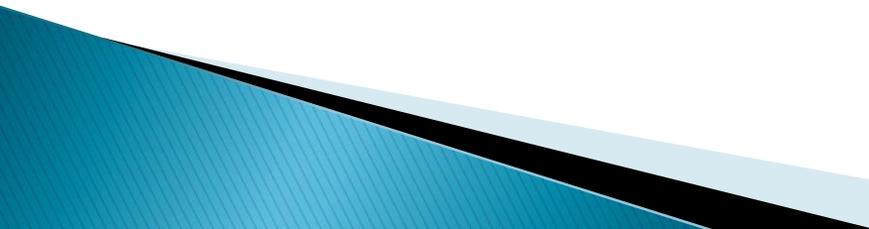


Méthodes et techniques d'évaluation

UE 4.1 S2

Objectifs pédagogiques:

- ▶ Connaître et comprendre le vocabulaire en lien avec l'évaluation et avec la spécificité de la psychiatrie.
 - ▶ Connaître et comprendre les implications des méthodes de communication et leurs obstacles sur l'évaluation
 - ▶ Connaître et prendre en compte l'action de l'évaluation sur l'évalué
 - ▶ Connaître et reconnaître les types d'évaluations
- 

Objectifs pédagogiques:

- ▶ Chercher et appliquer un protocole de passation
 - ▶ Définir des objectifs d'évaluation et choisir les outils adaptés
 - ▶ Connaître et savoir appliquer les protocoles de passation des principales évaluations en psychiatrie
 - ▶ Interpréter des données
 - ▶ Comprendre les limites et les risques d'une évaluation abusive
- 

Evaluation

- ▶ Un écrit synthétique, en individuel, avec les références des cours
- ▶ Contenu
 - Présentation d'une des évaluations du cours
 - Description, passation, philosophie, ...
 - Intérêts, limites, critique.
 - Présentation d'une évaluation non présent dans le cours
 - Description, passation, philosophie, ...
 - Intérêts, limites, critique.
- ▶ Volume
 - Une feuille (une page recto et un verso)
- ▶ Temps
 - Une heure de travail max.

Plan du cours

- ▶ Question de vocabulaire
 - ▶ Réflexion sur la communication
 - ▶ Limites et risques de l'évaluation
 - ▶ Rappel sur les différents types d'évaluations
 - ▶ Présentation des principales évaluations par domaine.
- 

Question de vocabulaire

▶ L'évaluation c'est quoi...

- Chiffrer...
- Objectiver
- Se faire une opinion..

▶ Évaluer... Oui! mais...

- Quoi?
 - Quand?
 - Comment?
 - Pourquoi?
 - Pour qui?
- 

Question de vocabulaire

- ▶ L'évaluation...
 - Validité
 - Reproductibilité
 - Normes
 - Profils
 - Protocoles

Question de vocabulaire

- ▶ Réfléchissons à la psychiatrie...
 - La santé mentale
 - La norme
 - La conscience
 - Le déni
 - La normalité
 - Intérêt
 - Le handicap invisible
 - Le pathologique

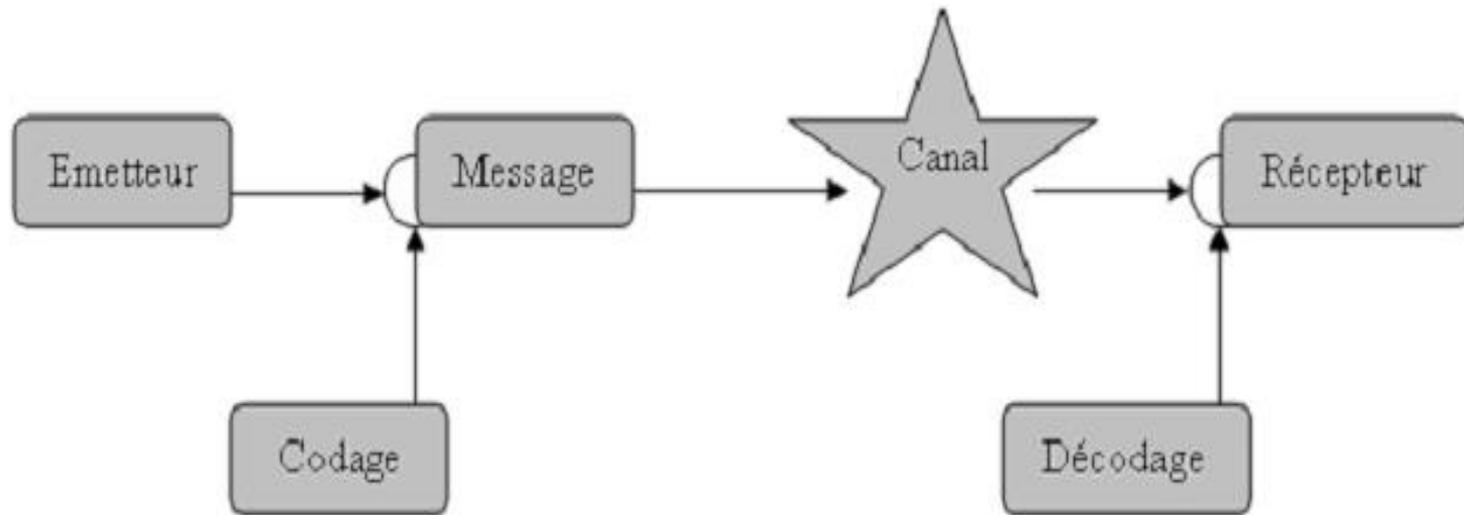
La communication

- ▶ Rappel ?



La communication

► Rappel



► Shannon

La communication

- ▶ Si l'on détaille:
 - Ce qui est pensé
 - Ce qui est voulu dire
 - Ce qui est dit
 - Ce qui perçu
 - Ce qui est entendu
 - Ce qui est compris
 - Ce qui est intégré
 - puis feed-back en retour.

- ▶ Biais ?

Limites et risques

▶ Limites :

- Conscience
- Intérêt perçu
- Capacités

▶ Risques :

- Interaction évaluateur-évalué
 - Interprétation
 - Destinataire
 - Usage
- 

Classons

▶ Système synthétique :

▶ Type

- Auto évaluation
- Observation

▶ Résultat

- Norme
- Profil
- Intensité

▶ Spécificité:

- Spécifique
- Généraliste

type	résultat	spécificité
Auto	Norme	Spé
Obs	Profil	Gé
	Intensité	Spé autre

Principales évaluations

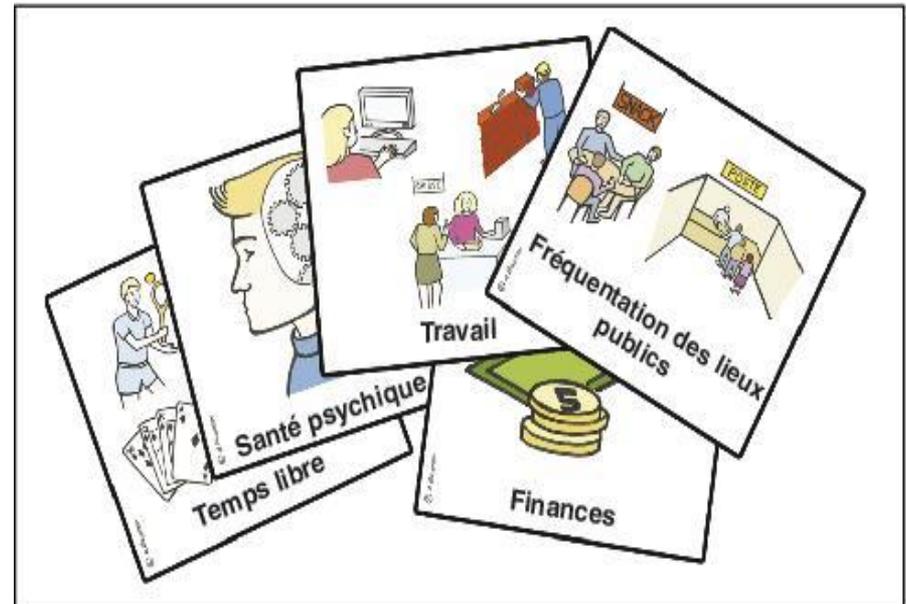
- ▶ Présentation des principales évaluations par domaine :
 - De fonctionnement : ELADEB, EMAE-2, IADL, EAS, ILSS, CASIG, Repsyred
 - Cognitifs : MMS, CDS, MoCA, SSTICS, BEARNI
 - Qualité de vie : WHOQOL, SQOL, SF36
 - Estime de soi : de Rosenberg
 - Psychopathologie : PANSS, STAI, dépression de BECK, BPRS, IS
 - Communication : AHC, QMCV
 - adaptation : WCC-R27, QETS
 - Addictologie: Audit

Structure de présentation

- ▶ Le nom
 - ▶ La philosophie
 - ▶ L'outil
 - ▶ Le protocole de passation
 - ▶ L'interprétation
 - ▶ Les limites
- 

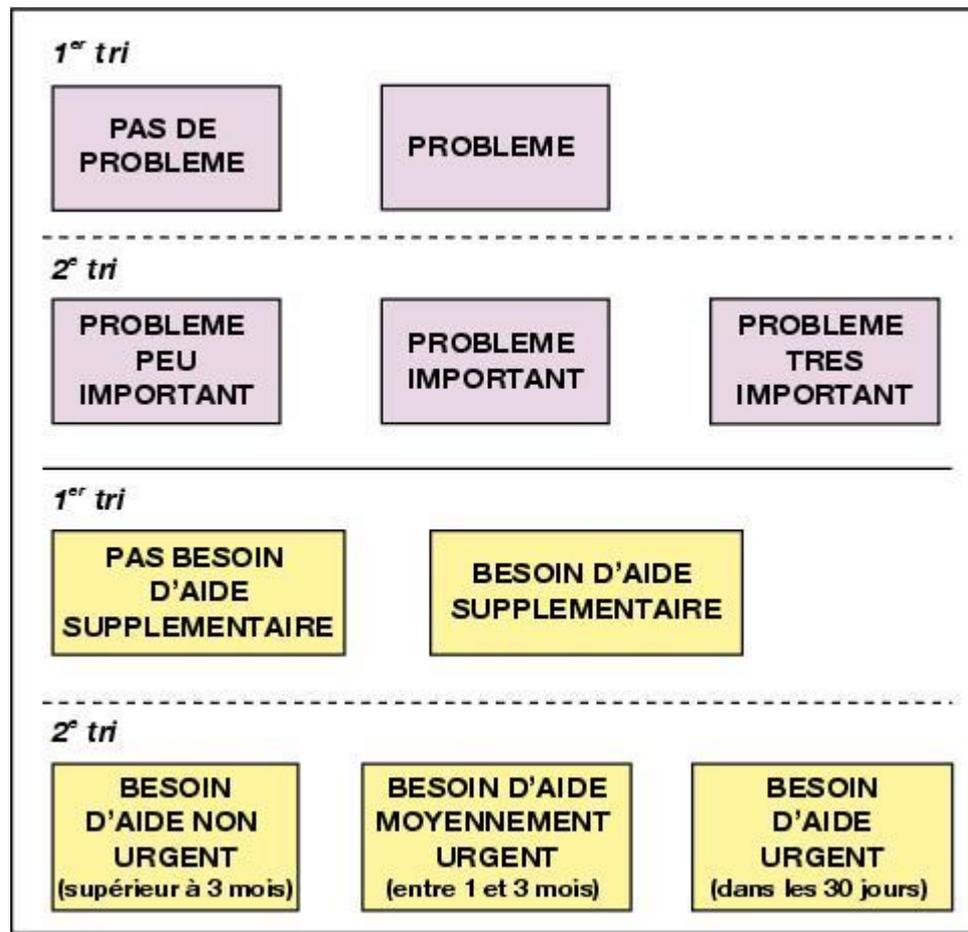
Évaluations de fonctionnement

- ▶ ELADEB (Pomini, 2008–11)
 - Échelles
 - Lausannoises
 - d'Auto-évaluation des
 - Difficultés
 - Et des
 - Besoins



type	résultat	spécificité
Auto	profil	spé

ELADEB : Passation



ELADEB : cotation

ELADEB

Date :

Noms, Prénom :

Age :

Durée :

Grille des résultats

Question initiale (quel est actuellement le problème le plus important pour vous?)

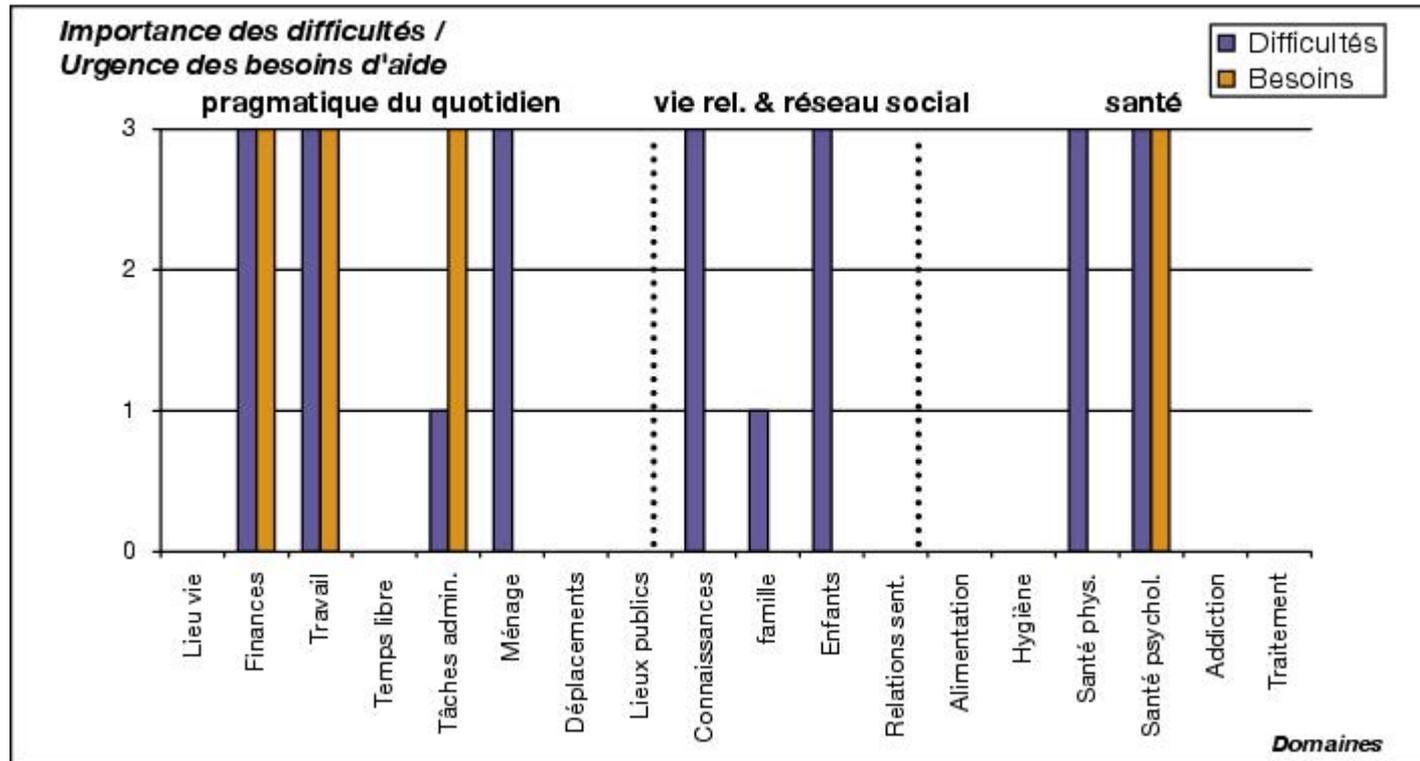
		Difficultés		Besoins d'aide		
		Présence	Intensité	Présence	Degré d'urgence	origine
Pragmatisme du quotidien	Lieu de vie					
	Finances					
	Travail					
	Temps libre					
	Tâches administratives					
	Entretien du ménage					
	Déplacements					
	Fréquentation des lieux public					
<i>sous total</i>		0 / 8	0 / 24	0 / 8	0 / 24	
Sphère relationnelle	Connaissances/Amitiés					
	Famille					
	Enfants					
	Relations sentimentales					
<i>sous total</i>		0 / 4	0 / 12	0 / 4	0 / 12	
Sphère de la santé	Alimentation					
	Hygiène personnelle					
	Santé physique					
	Santé psychique					
	Addictions					
	Traitement					
<i>sous total</i>		0 / 6	0 / 18	0 / 6	0 / 18	
Total		0 / 18	0 / 54	0 / 18	0 / 54	

Origine : P = professionnels de la santé, Ps = professionnels social, F = membres de la famille, E = membres de l'entourage, ? = Non précisé/je sais pas

ELADEB :cotation

		Difficultés		Besoins d'aide		
		Présence	Intensité	Présence	Degré d'urgence	Origine
Pragmatique du quotidien	Lieu de vie	x	3		0	
	Finances	x	3	x	3	P
	Travail	x	3	x	3	F
	Temps libre	x	2	x	1	E
	Tâches administratives	x	3	x	3	P
	Entretien du ménage		0		0	
	Déplacements		0		0	
	Fréquentation des lieux publics	x	2	x	2	P
<i>Sous-Total</i>		6/8	16/24	5/8	12/24	
Sphère relationnelle	Connaissances/Amitiés	x	3	x	2	E
	Famille	x	3		0	
	Enfants		0		0	
	Relations sentimentales	x	3	x	2	?
<i>Sous-Total</i>		3/4	9/12	2/4	4/12	
Sphère de la santé	Alimentation	x	2		3	P
	Hygiène personnelle		0		0	
	Santé physique		0		0	
	Santé psychique	x	2	x	1	P
	Addiction	x	2	x	1	P
	Traitement		0		0	
<i>Sous-Total</i>		3/6	6/18	2/6	5/18	
Total		12/18	31/54	10/18	21/54	

ELADEB: interprétation



ELADEB-R : cotation

ELADEB-R						Date :
Noms, Prénom :						Age :
						Durée :
Grille des résultats						
Question initiale (quel est actuellement le problème le plus important pour vous?)						
		Difficultés		Besoins d'aide		
		Présence	Intensité	Présence	Degré d'urgence	origine
Conditions de vie	Lieu de vie					
	Finances					
	Travail					
	Droit et justice					
	<i>sous total</i>		0 / 4	0 / 12	0 / 4	0 / 12
Pragmatisme du quotidien	Temps libre					
	Tâches administratives					
	Entretien du ménage					
	Déplacements					
	Fréquentation des lieux public					
<i>sous total</i>		0 / 5	0 / 15	0 / 5	0 / 15	
Relations	Connaissances/Amitiés					
	Famille					
	Enfants					
	Relations sentimentales					
<i>sous total</i>		0 / 4	0 / 12	0 / 4	0 / 12	
Santé	Alimentation					
	Hygiène personnelle					
	Santé physique					
	Santé psychique					
	Addictions					
	Traitement					
	Spiritualité et croyance					
<i>sous total</i>		0 / 7	0 / 21	0 / 7	0 / 21	
Sexualité (carte optionnelle)						
Total		0 / 21	0 / 63	0 / 21	0 / 63	
Origine : P = professionnels de la santé, Ps = professionnels social, F = membres de la famille, E = membres de l'entourage, ? = Non précisé/ne sait pas						
Besoin prioritaire (si on ne pouvait faire qu'une seule chose pour vous, laquelle choisiriez-vous ?) :						

Évaluations de fonctionnement

► ILSS (WALLACE, maj FAVROD, 2002)

- Independant
- Living
- Skills
- Survey

type	résultat	spécificité
Mixte	Profil	Spé

	Oui	Non	NSP
I - HYGIENE PERSONNELLE			
Durant les 30 derniers jours, vous êtes-vous			
A - Réponses du sujet			
1. baigné ou douché avec du savon au moins deux fois par semaine ?			
2. shampooiné les cheveux au moins deux fois par semaine (une fois par semaine pour les femmes) ?			
3. appliqué un déodorant quotidiennement ?			
4. brossé ou coiffé les cheveux quotidiennement ?			
5. nettoyé régulièrement les ongles ?			
6. brossé les dents avec du dentifrice au moins une fois par jour ?			
B - Observations de l'interviewer			
7. le visage, les mains, les bras, etc... sont propres.			
8. les cheveux sont propres.			
9. les cheveux sont coiffés.			
10. les cheveux sont bien coupés.			
11. absence d'odeur corporelle.			
12. les ongles sont propres.			
13. le sujet est rasé de près ou sa barbe est soignée.			
Commentaires ou observations			
II- APPARENCE ET TENUE VESTIMENTAIRE			
Durant les 30 derniers jours, avez-vous			
A - Réponses du sujet			
1. lavé vos habits à la main ou à la machine en utilisant la bonne quantité de lessive ?			
2. séché vos vêtements dans un séchoir ou sur une corde à linge ?			
3. plié ou suspendu les habits après que vous les ayez lavés et séchés ?			
4. rangé séparément votre linge sale du propre ?			
5. changé vos sous-vêtements au moins deux fois par semaine ?			
6. acheté vous-même vos habits la dernière fois que vous en aviez besoin ?			
B - Observations de l'interviewer			
7. les vêtements sont propres et bien entretenus.			
8. le sujet porte des vêtements adaptés à la saison.			
9. les vêtements sont convenablement assortis (genres et couleurs).			
Commentaires ou observations			

ILSS

▶ Domaine

- Hygiène personnelle (réponse–observation)
- Apparence et tenue (réponse–observation)
- Entretien ménagé (réponse)
- Stockage et préparation des aliments (réponse)
- Santé (réponse)
- Gestion financière (réponse)
- Transport (réponse)
- Loisir (réponse)
- Recherche de travail (réponse)
- Maintien au travail (réponse)
- Relation sociale (réponse–observation)
- Gestion des symptômes (réponse)
- Relation avec les proches (réponse)

Évaluations de fonctionnement

- ▶ EMAE-2 (Pfister-Pomini-Gatti-Ducret, 1998)
 - Evaluation
 - Multifocale de
 - L'Activité
 - Ergothérapeutique

type	résultat	spécificité
Obs	profil	spé


 Service de psychiatrie communautaire (PCO)
 Section de psychiatrie sociale
Unité de réhabilitation

EVALUATION ERGOTHERAPEUTIQUE

NOM, PRENOM, DATE DE NAISSANCE

Etiquette patient

Ergothérapeute :
 Date :
 Demande :
 Début de la prise en charge :
 Provenance :
 Statut :
 Programme :
 Activités réalisées :
 Suite de la prise en charge :

Le bilan ergothérapeutique porte notamment sur les **difficultés** et les **ressources** du patient en terme de potentiel évolutif au regard de son avenir professionnel et de sa situation relationnelle et sociale.

Dans un contexte d'atelier d'ergothérapie, le patient a choisi de faire un

Dans ce contexte protégé, nous pouvons observer les compétences et les difficultés suivantes :

ITEMS	CRITERES	1	2	3	4	5	6
CADRE	Orientation dans le temps						
	Orientation dans l'espace						
	Capacité à respecter les horaires						
	Régularité des présences						
	Capacité à respecter les consignes d'évaluation						
	Capacité à respecter les règles de l'atelier						
0,0							
CHOIX	Initiatives face aux choix						
	Ajustement du choix au niveau des capacités propres						
	Capacité à argumenter un choix (type et destination)						
0,0							

EMAE-2

▶ Domaine

- Cadre (temps, espace, horaire, consignes, ...)
- Choix (initiative, ajustement, argumentation)
- Comportements (autonomie, endurance, ...)
- Motivations (à agir, intérêt)
- Cognitions de bases (attention, mémoire, compréhension)
- Cognitions complexes (planification, organisation, ...)
- Motricité (déplacement, précision, ...)
- Conscience de soi (hygiène, responsabilité, ...)
- Rapport au autres (sociabilité, intégration, ...)

Évaluations de fonctionnement

▶ CASIG (WALLACE, LECOMPTE, 2004)

- Client
- Assessment of
- Strengths,
- Interests and
- Goal

type	résultat	spécificité
Auto/obs	Profil	Spé

CASIG-SR-fr[®] (Lecomte, Wallace et al.)

Traduction française de la version client du *Client Assessment of Strengths, Interests and Goals*, (version canadienne)

Intervieweur: _____ Date: ___/___/___ Nom ou n° du client _____

BUTS DU CLIENT- LOGEMENT ET CONDITIONS DE VIE

Aimeriez-vous modifier votre lieu de résidence d'ici un an? (oui ou non) ___ Si oui: Où souhaiteriez-vous résider et dans quel environnement aimeriez-vous vivre dans un an? _____

Que possédez-vous actuellement (p. ex., habilités expériences passées ou ressources) pour vous aider à atteindre ce(s) but(s)? _____

De quel type d'aide (p.ex., soutien ou services) auriez-vous besoin pour atteindre ce(s) but(s)? _____

BUTS DU CLIENT- SITUATION FINANCIÈRE/PROFESSIONNELLE (TRAVAIL)

Aimeriez-vous améliorer votre situation financière d'ici un an? (oui ou non) ___ Si oui: Comment pourriez-vous l'améliorer? _____

Si non mentionné dans la question précédente: Désirez-vous travailler (oui ou non) ____, étudier ou suivre un programme de formation (oui ou non) _____ dans l'année qui vient? ___ Si oui, lequel _____

1

CASIG

▶ Les domaines

- But du client (logement, situation financière, relation, religieux, santé),
- Soutien pour améliorer la qualité de vie
- Habilité de vie quotidienne (Gestion de l'argent, gestion de la santé, nutrition, emploi, transport, amitiés, activité récréative, hygiène personnel, linge, médicament, droit)
- Difficultés cognitives
- Qualité de vie, du traitement
- Symptômes
- Comportement en collectivité

CASIG

▶ L'interprétation

- Cerner les buts
- Calcul des totaux par échelle
- Déterminer les objectifs
- Comparer la SR et la I

▶ Limites

- Durée: une heure, une heure et demie
- Étendu
- Passation et cotation

Évaluations de fonctionnement

- ▶ EAS (Lawton, 1969)
 - Echelle d'
 - Autonomie
 - Sociale

type	résultat	spécificité
Obs	Intensité	Spé

echelle d'autonomie sociale

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Sexe : _____
Nom du cotateur : _____

cette échelle est une échelle d'appréciation du niveau d'autonomie par le cotateur, ce n'est pas un questionnaire. Certains renseignements peuvent ne pas être possédés, il importe alors d'interroger le malade et l'entourage.

la mesure de l'autonomie rencontre un problème spécifique : quand une difficulté dans le registre de l'autonomie existe pour le patient, des solutions de suppléance sont généralement mises en oeuvre qui peuvent elle-même biaiser l'appréciation des capacités résiduelles (ex : une personne âgée non autonome vit en maison de retraite. Comment apprécier dès lors sa capacité à s'alimenter ou à entretenir ses effets personnels?)

Certains items de cette échelle cherchent par conséquent à quantifier une autonomie potentielle et non pas effective. Les consignes de notation aideront le cotateur à apprécier au mieux cette capacité potentielle. on s'efforcera d'apprécier un état stabilisé.

Soins personnels

1 toilette corporelle

0 assurée seul sans stimulation extérieure
 1
 2 moyennement assurée seul et/ou nécessitant une stimulation extérieure épisodique
 3
 4 Assurée ou moyennement assurée seul avec stimulation constante
 5
 6 effectuée par un tiers

2 Entretien des effets personnels

0 se prend en charge par lui-même avec efficacité
 1
 2 Se prend en charge par lui-même mais avec une efficacité moyenne ou faible
 3
 4 Doit être aidé. Avec une bonne, moyenne ou faible efficacité
 5
 6 Prise en charge totale par un tiers

3 Capacité à s'alimenter

0 Prise de repas régulière avec équilibre alimentaire (par exemple : bonne gestion d'un régime prescrit)
 1
 2 Prise de repas régulière avec absence de variété (par exemple : alimentation à base de conserve ou surgelé)
 3
 4 Prise de repas irrégulière
 5
 6 Difficultés majeures par rapport à l'alimentation

gestion du quotidien

4 Logement

0 vit seul en appartement ou en maison
 1 (ex : vit en foyer (type foyer de jeunes travailleurs, cité universitaire))
 2 vit en foyer social (type Sonacotra, et/ou en demi-pension)
 3 (ex : vit en appartement assa datif et protégé)
 4 vit en foyer d'hébergement ou foyer logement...
 5
 6 vit en institution spécialisée

5 entretien du logement

EAS

▶ Domaines couverts :

- Soins personnels (toilette corporelle, entretien d'effets personnels, alimentation)
- Gestion du quotidien (logement, entretien, moyen de transport, courses)
- Gestion des ressources (budget au quotidien, patrimoine, gain d'argent)
- Relation avec l'extérieur (déplacement, voyage, outil de communication, organisation de journée)
- Vie affective et sociale (relation familiale, relation sociale, relation intime)

Évaluations de fonctionnement

► Grille d'évaluation du handicap psychique (REPSYRED)(PERRINE, BIRIEN, 2012?)

GRILLE D'ÉVALUATION DU HANDICAP PSYCHIQUE

Outil d'aide aux décisions de la CDAPH

L'objectif de ce document est de permettre aux membres de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées d'avoir des informations complémentaires concernant la personne dans les différents domaines de sa vie quotidienne afin de déterminer les droits les mieux adaptés à ses besoins.

Ce document est à remplir **conjointement par le patient et un aidant de son choix** : soit une personne qui vit en proximité avec le patient (famille, amis...), soit un professionnel de proximité (soignant, accompagnateur social...). La collaboration entre les aidants personnel et professionnel sera toujours favorisée pour le recueil des informations.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° dossier MDPH :

Situation (cocher la case correspondante) :

vit seul(e) vit avec une (ou des) personne(s) vit dans sa famille
vit dans un établissement

tutelle curatelle Coordonnées du tuteur ou du curateur

Je confirme que ce document a bien été rempli conjointement avec la personne dont le nom suit et qui me vient en aide pour mes démarches dans la vie quotidienne :

M.....

Lien avec le patient (famille, ami, soignant, accompagnateur, autre).....

Date :

Signature patient :

Signature aidant :

Cocher la case qui convient le mieux d'un commun accord avec la personne avec laquelle vous remplissez cette grille.

Vous pouvez ajouter d'autres propositions, si nécessaire.

Fait spontanément	Fait en partie ou avec aide	Fait avec aide permanente	Ne fait pas
-------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------

Hygiène de vie			
Assure sa propreté corporelle et vestimentaire			
Prend soin de son état de santé général			
S'alimente régulièrement et de façon appropriée			
Assure une stabilité suffisante de son rythme de vie			
Sait définir ses besoins matériels (vêtements, mobilier, alimentation...)			
Entretient son lieu de vie			
Gestion des soins			
Suit sa prescription médicamenteuse			
Se rend à ses RDV en rapport avec les soins			
Interpelle les professionnels de santé en cas de besoin			

type	résultat	spécificité
Auto mixte	Profil	Spé

Repsyred: l'outil

GRILLE D'ÉVALUATION DU HANDICAP PSYCHIQUE

Outil d'aide aux décisions de la CDAPH

L'objectif de ce document est de permettre aux membres de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées d'avoir des informations complémentaires concernant la personne dans les différents domaines de sa vie quotidienne afin de déterminer les droits les mieux adaptés à ses besoins.

Ce document est à remplir **conjointement par le patient et un aidant de son choix** : soit une personne qui vit en proximité avec le patient (famille, amis...), soit un professionnel de proximité (soignant, accompagnateur social...). La collaboration entre les aidants personnel et professionnel sera toujours favorisée pour le recueil des informations.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° dossier MDPH :

Situation (cocher la case correspondante) :

vit seul(e) vit avec une (ou des) personne(s) vit dans sa famille

vit dans un établissement

tutelle curatelle Coordonnées du tuteur ou du curateur

Je confirme que ce document a bien été rempli conjointement avec la personne dont le nom suit et qui me vient en aide pour mes démarches dans la vie quotidienne :

M.....

Lien avec le patient (famille, ami, soignant, accompagnateur, autre).....

Date : Signature patient :

Signature aidant :

Cocher la case qui convient le mieux d'un commun accord avec la personne avec laquelle vous remplissez cette grille.

Vous pouvez ajouter d'autres propositions, si nécessaire.

	Fait spontanément	Fait en partie ou avec aide	Fait avec aide permanente	Ne fait pas
Hygiène de vie				
Assure sa propreté corporelle et vestimentaire				
Prend soin de son état de santé général				
S'alimente régulièrement et de façon appropriée				
Assure une stabilité suffisante de son rythme de vie				
Sait définir ses besoins matériels (vêtements, mobilier, alimentation...)				
Entretient son lieu de vie				
Gestion des soins				
Suit sa prescription médicamenteuse				
Se rend à ses RDV en rapport avec les soins				
Interpelle les professionnels de santé en cas de besoin				

Cocher la case qui convient le mieux d'un commun accord avec la personne avec laquelle vous remplissez cette grille.

Vous pouvez ajouter d'autres propositions, si nécessaire

	Fait spontanément	Fait en partie ou avec aide	Fait avec aide permanente	Ne fait pas
Mobilité				
Se déplace à l'extérieur				
Utilise les moyens de transports de manière appropriée				
S'oriente dans un lieu nouveau				
Activité				
Se lève à temps pour gérer son planning quotidien				
Occupe son temps				
S'organise de manière à finaliser ses activités de vie quotidienne				
Arrive à se concentrer sur les différentes tâches				
S'engage dans des initiatives personnelles				
Se mobilise pour mener à bien ses projets				
Communication et vie relationnelle				
Va vers les autres				
Se rend dans les lieux publics				
Investit et entretient des relations				
S'adapte de manière cohérente dans la communication avec autrui				
Exprime ses besoins, ses désirs, ses opinions en tenant compte de ceux des autres				
Gère les situations relationnelles stressantes (angoissantes, conflictuelles...)				
Utilise les outils de communication (téléphone, internet, courrier)				
Gestions des responsabilités civiles et financières				
Respecte les règles de la vie en société				
Fait valoir ses droits				
Sait évaluer les risques (pour soi et pour les autres)				
Gère son budget et ses biens				
Mémorise les informations utiles				
Fait les démarches administratives nécessaires				
En situation professionnelle (optionnel)				
Respecte les contraintes professionnelles				
Assimile de nouvelles connaissances				
Fournit des efforts prolongés et soutenus				
Maintient son attention et sa concentration dans la durée				
Se sert de la critique pour évoluer				
Besoins importants à satisfaire au regard des constats ci-dessus et aides déjà en place				

Repsyred

▶ domaine

- Hygiène de vie
- Gestion des soins
- Mobilité
- Activité
- Communication et vie relationnelle
- Gestion des responsabilités civiles et financières
- En situation professionnelle

▶ cotation

- Fait spontanément/ en partie ou avec aide/ fait avec aide permanente/ Ne fait pas

Évaluations de fonctionnement

► IADL (Lawton, 1969)

- Instrumental
- Activities of
- Daily
- Life

type	résultat	spécificité
Obs	Intensité	Gé

Echelle de soins personnels IADL 1 ^o partie		Code
Nom	Prénom	
Sexe	Âge	
Date	Examineur	
A - Continence		
1. Va aux toilettes tout seul et n'est pas incontinent.		<input type="checkbox"/>
2. A besoin d'être aidé pour demeurer propre, d'être souvent sollicité à veiller à son hygiène, ou a de rares accidents (une fois par semaine maximum).		
3. Se souille pendant son sommeil, plus d'une fois par semaine.		
4. Se souille alors qu'il est éveillé et plus d'une fois par semaine.		
5. Aucun contrôle sphinctérien, anal ou vésical.		
B - Alimentation		
1. Mange sans assistance.		<input type="checkbox"/>
2. Mange avec une légère assistance pendant les repas et avec une préparation particulière de la nourriture et/ou a besoin d'aide pour s'essuyer après les repas.		
3. Est souvent négligé et a souvent besoin d'assistance pour se nourrir.		
4. A besoin d'une assistance importante à tous les repas.		
5. Ne parvient pas du tout à se nourrir et s'oppose aux tentatives des autres pour le nourrir.		
C - Habillement		
1. S'habille, se déshabille, choisit ses vêtements dans sa garde-robe.		<input type="checkbox"/>
2. S'habille et se déshabille avec une assistance légère.		
3. A besoin d'une assistance modérée pour s'habiller ou choisir ses vêtements.		
4. A besoin d'une assistance importante pour s'habiller, mais coopère aux efforts des autres pour		
5. Est complètement incapable de s'habiller et s'oppose aux efforts des autres pour l'aider.		
D - Soins personnels (apparence nette et soignée, mains, visage, vêtements, etc.)		
1. Toujours habillé proprement et bien soigné sans assistance.		<input type="checkbox"/>
2. Se soigne convenablement avec une assistance légère et occasionnelle, par exemple pour se raser.		
3. A besoin d'une assistance modérée et régulière ou d'une surveillance pour ses soins personnels.		
4. A besoin qu'on s'occupe totalement de ses soins personnels mais peut se maintenir propre après cela.		
5. Réduit à néant tous les efforts des autres pour lui conserver une bonne hygiène personnelle.		
E - Mobilité		
1. Va se promener dans des parcs ou en ville.		<input type="checkbox"/>
2. Se déplace à l'intérieur de sa résidence ou autour du pâté de maison.		
3. Se déplace avec l'aide :		
a) d'une canne,		
b) d'une béquille,		
c) d'une chaise roulante :		
y sort et y rentre sans aide,		
a besoin d'aide pour y rentrer et en sortir.		
4. S'assied sans assistance sur une chaise ou une chaise roulante, mais ne peut se lever et en sortir sans aide.		
5. Grabataire plus de la moitié du temps.		
F - Toilette		
1. Se lave tout seul sans aide (bain, douche, gant de toilette).		<input type="checkbox"/>
2. Se lave tout seul si on l'aide à entrer ou à sortir de la baignoire.		
3. Ne se lave que le visage et les mains, mais ne peut se baigner.		
4. Ne se lave pas seul, mais coopère quand on le lave.		
5. Ne se lave pas tout seul et résiste aux efforts déployés pour le maintenir propre.		

IADL: outil

Échelle de soins personnels IADL 1 ^o partie	
Nom	Prénom
Sexe	Âge
Date	Examineur
Code	
A - Continence	
1. Va aux toilettes tout seul et n'est pas incontinent.	<input type="checkbox"/>
2. A besoin d'être aidé pour demeurer propre, d'être souvent sollicité à veiller à son hygiène, ou a de rares accidents (une fois par semaine maximum).	
3. Se souille pendant son sommeil, plus d'une fois par semaine.	
4. Se souille alors qu'il est éveillé et plus d'une fois par semaine.	
5. Aucun contrôle sphinctérien, anal ou vésical.	
B - Alimentation	
1. Mange sans assistance.	<input type="checkbox"/>
2. Mange avec une légère assistance pendant les repas et avec une préparation particulière de la nourriture et/ou a besoin d'aide pour s'essuyer après les repas.	
3. Est souvent négligé et a souvent besoin d'assistance pour se nourrir.	
4. A besoin d'une assistance importante à tous les repas.	
5. Ne parvient pas du tout à se nourrir et s'oppose aux tentatives des autres pour le nourrir.	
C - Habillement	
1. S'habille, se déshabille, choisit ses vêtements dans sa garde-robe.	<input type="checkbox"/>
2. S'habille et se déshabille avec une assistance légère.	
3. A besoin d'une assistance modérée pour s'habiller ou choisir ses vêtements.	
4. A besoin d'une assistance importante pour s'habiller, mais coopère aux efforts des autres pour	
5. Est complètement incapable de s'habiller et s'oppose aux efforts des autres pour l'aider.	
D - Soins personnels (apparence nette et soignée, mains, visage, vêtements, etc.)	
1. Toujours habillé proprement et bien soigné sans assistance.	<input type="checkbox"/>
2. Se soigne convenablement avec une assistance légère et occasionnelle, par exemple pour se raser.	
3. A besoin d'une assistance modérée et régulière ou d'une surveillance pour ses soins personnels.	
4. A besoin qu'on s'occupe totalement de ses soins personnels mais peut se maintenir propre après cela.	
5. Réduit à néant tous les efforts des autres pour lui conserver une bonne hygiène personnelle.	
E - Mobilité	
1. Va se promener dans des parcs ou en ville.	<input type="checkbox"/>
2. Se déplace à l'intérieur de sa résidence ou autour du pâté de maison.	
3. Se déplace avec l'aide :	
a) d'une canne,	
b) d'une béquille,	
c) d'une chaise roulante :	
y sort et y rentre sans aide,	
a besoin d'aide pour y rentrer et en sortir.	
4. S'assied sans assistance sur une chaise ou une chaise roulante, mais ne peut se lever et en sortir sans aide.	
5. Grabataire plus de la moitié du temps.	
F - Toilette	
1. Se lave tout seul sans aide (bain, douche, gant de toilette).	<input type="checkbox"/>
2. Se lave tout seul si on l'aide à entrer ou à sortir de la baignoire.	
3. Ne se lave que le visage et les mains, mais ne peut se baigner.	
4. Ne se lave pas seul, mais coopère quand on le lave.	
5. Ne se lave pas tout seul et résiste aux efforts déployés pour le maintenir propre.	

IADL-E: outil

Les activités instrumentales de la vie quotidienne - IADL-E - 2° partie

Consigne

Cette échelle doit être remplie par un membre du personnel, médico-social en utilisant une ou plusieurs des sources d'information suivantes : le malade, sa famille, ses amis.

Donner la réponse "ne s'applique pas" lorsque le patient n'a eu que rarement, ou jamais, l'occasion d'effectuer l'activité dont il s'agit. (par exemple, un patient homme peut n'avoir jamais fait la lessive). Lorsque vous n'avez pas d'informations ou des informations peu sûres, notez "ne peut pas être coté".

<p>VI - Utiliser le téléphone</p> <p>1 - Se sert du téléphone de sa propre initiative. Recherche des numéros et les compose, etc. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Compose seulement quelques numéros de téléphone bien connus.</p> <p>3 - Peut répondre au téléphone, mais ne peut pas appeler.</p> <p>4 - Ne se sert pas du tout du téléphone.</p> <p>* Ne peut pas être coté, n'a pas l'occasion de se servir du téléphone.</p>	<p>VI - Utiliser les transports</p> <p>1 - Voyage tout seul en utilisant les transports publics, le taxi, ou bien en conduisant sa propre voiture. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Utilise les transports publics à condition d'être accompagné.</p> <p>3 - Ses déplacements sont limités au taxi ou à la voiture, avec l'assistance d'un tiers.</p> <p>4 - Ne se déplace pas du tout à l'extérieur.</p> <p>* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de voyager.</p>
<p>I - Faire des courses</p> <p>1 - Peut faire toutes les courses nécessaires de façon autonome. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - N'est indépendant que pour certaines courses.</p> <p>3 - A besoin d'être accompagné pour faire ses courses.</p> <p>4 - Est complètement incapable de faire des courses.</p> <p>* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.</p>	<p>VII - Prendre des médicaments</p> <p>1 - Prend ses médicaments tout seul, à l'heure voulue et à la dose prescrite. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Est capable de prendre tout seul ses médicaments, mais a des oublis occasionnels.</p> <p>3 - Est capable de prendre tout seul ses médicaments s'ils sont préparés à l'avance.</p> <p>4 - Est incapable de prendre ses médicaments.</p> <p>* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, aucun médicament prescrit ou autorisé, n'a aucune responsabilité concernant son traitement.</p>
<p>II - Préparer des repas</p> <p>1 - Peut à la fois organiser, préparer et servir des repas de façon autonome. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Peut préparer des repas appropriés si les ingrédients lui sont fournis.</p> <p>3 - Peut réchauffer et servir des repas précuits ou préparer des repas, mais ne peut pas suivre le régime qui lui convient.</p> <p>4 - A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas.</p> <p>* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.</p>	<p>VIII - Gérer ses finances</p> <p>1 - Gère ses finances de manière indépendante (tient son budget, libelle des chèques, paye son loyer et ses factures, va à la banque). Perçoit et contrôle ses revenus. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Gère ses finances de manière indépendante, mais oublie parfois de payer son loyer ou une facture, ou met son compte bancaire à découvert.</p> <p>3 - Parvient à effectuer des achats journaliers, mais a besoin d'aide pour s'occuper de son compte en banque ou pour des achats importants. Ne peut pas rédiger des chèques ou suivre en détail l'état de ses dépenses.</p> <p>4 - Est incapable de s'occuper d'argent.</p> <p>* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de manier de l'argent.</p>
<p>V - Faire le ménage</p> <p>1 - Fait le ménage seul ou avec une assistance occasionnelle (par exemple, pour les gros travaux ménagers). <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Exécute des tâches quotidiennes légères, comme faire la vaisselle, faire son lit.</p> <p>3 - A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien de la maison.</p> <p>4 - Ne participe à aucune tâche ménagère.</p> <p>* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.</p>	<p>IX - Bricoler et entretenir la maison</p> <p>1 - Peut réaliser tout seul la plupart des travaux et bricolage (réparer la tuyauterie, réparer un robinet qui fuit, entretenir la chaudière et les radiateurs, réparer les gouttières...). <input type="checkbox"/></p> <p>2 - A besoin d'une aide ou de directives pour réaliser quelques réparations domestiques.</p> <p>3 - Peut uniquement réaliser des travaux de bricolage élémentaires, ou des travaux tels que suspendre un cadre ou tondre la pelouse.</p> <p>4 - Est incapable de bricoler ou d'entretenir sa maison.</p> <p>* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de bricoler.</p>
<p>v - Faire la lessive</p> <p>1 - Fait sa propre lessive. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Peut faire le petit linge, mais a besoin d'une aide pour le linge plus important tel que draps ou serviettes.</p> <p>3 - Nettoie et rince le petit linge, chaussettes, etc.</p> <p>4 - La lessive doit être faite par des tiers.</p> <p>* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.</p>	
<p style="text-align: right;">Score Global <input type="text"/></p>	

IADL-E: outil

Les activités instrumentales de la vie quotidienne - IADL-E - 2° partie

Consigne

Cette échelle doit être remplie par un membre du personnel, médico-social en utilisant une ou plusieurs des sources d'information suivantes : le malade, sa famille, ses amis.

Donner la réponse "ne s'applique pas" lorsque le patient n'a eu que rarement, ou jamais, l'occasion d'effectuer l'activité dont il s'agit. (par exemple, un patient homme peut n'avoir jamais fait la lessive). Lorsque vous n'avez pas d'informations ou des informations peu sûres, notez "ne peut pas être coté".

<p>VI - Utiliser le téléphone</p> <p>1 - Se sert du téléphone de sa propre initiative. Recherche des numéros et les compose, etc. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Compose seulement quelques numéros de téléphone bien connus.</p> <p>3 - Peut répondre au téléphone, mais ne peut pas appeler.</p> <p>4 - Ne se sert pas du tout du téléphone.</p> <p>* Ne peut pas être coté, n'a pas l'occasion de se servir du téléphone.</p>	<p>VI - Utiliser les transports</p> <p>1 - Voyage tout seul en utilisant les transports publics, le taxi, ou bien en conduisant sa propre voiture. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Utilise les transports publics à condition d'être accompagné.</p> <p>3 - Ses déplacements sont limités au taxi ou à la voiture, avec l'assistance d'un tiers.</p> <p>4 - Ne se déplace pas du tout à l'extérieur.</p> <p>* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de voyager.</p>
<p>I - Faire des courses</p> <p>1 - Peut faire toutes les courses nécessaires de façon autonome. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - N'est indépendant que pour certaines courses.</p> <p>3 - A besoin d'être accompagné pour faire ses courses.</p> <p>4 - Est complètement incapable de faire des courses.</p> <p>* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.</p>	<p>VII - Prendre des médicaments</p> <p>1 - Prend ses médicaments tout seul, à l'heure voulue et à la dose prescrite. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Est capable de prendre tout seul ses médicaments, mais a des oublis occasionnels.</p> <p>3 - Est capable de prendre tout seul ses médicaments s'ils sont préparés à l'avance.</p> <p>4 - Est incapable de prendre ses médicaments.</p> <p>* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, aucun médicament prescrit ou autorisé, n'a aucune responsabilité concernant son traitement.</p>
<p>II - Préparer des repas</p> <p>1 - Peut à la fois organiser, préparer et servir des repas de façon autonome. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Peut préparer des repas appropriés si les ingrédients lui sont fournis.</p> <p>3 - Peut réchauffer et servir des repas précuits ou préparer des repas, mais ne peut pas suivre le régime qui lui convient.</p> <p>4 - A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas.</p> <p>* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.</p>	<p>VIII - Gérer ses finances</p> <p>1 - Gère ses finances de manière indépendante (tient son budget, libelle des chèques, paye son loyer et ses factures, va à la banque). Perçoit et contrôle ses revenus. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Gère ses finances de manière indépendante, mais oublie parfois de payer son loyer ou une facture, ou met son compte bancaire à découvert.</p> <p>3 - Parvient à effectuer des achats journaliers, mais a besoin d'aide pour s'occuper de son compte en banque ou pour des achats importants. Ne peut pas rédiger des chèques ou suivre en détail l'état de ses dépenses.</p> <p>4 - Est incapable de s'occuper d'argent.</p> <p>* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de manier de l'argent.</p>
<p>V - Faire le ménage</p> <p>1 - Fait le ménage seul ou avec une assistance occasionnelle (par exemple, pour les gros travaux ménagers). <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Exécute des tâches quotidiennes légères, comme faire la vaisselle, faire son lit.</p> <p>3 - A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien de la maison.</p> <p>4 - Ne participe à aucune tâche ménagère.</p> <p>* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.</p>	<p>IX - Bricoler et entretenir la maison</p> <p>1 - Peut réaliser tout seul la plupart des travaux et bricolage (réparer la tuyauterie, réparer un robinet qui fuit, entretenir la chaudière et les radiateurs, réparer les gouttières...). <input type="checkbox"/></p> <p>2 - A besoin d'une aide ou de directives pour réaliser quelques réparations domestiques.</p> <p>3 - Peut uniquement réaliser des travaux de bricolage élémentaires, ou des travaux tels que suspendre un cadre ou tondre la pelouse.</p> <p>4 - Est incapable de bricoler ou d'entretenir sa maison.</p> <p>* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de bricoler.</p>
<p>V - Faire la lessive</p> <p>1 - Fait sa propre lessive. <input type="checkbox"/></p> <p>2 - Peut faire le petit linge, mais a besoin d'une aide pour le linge plus important tel que draps ou serviettes.</p> <p>3 - Nettoie et rince le petit linge, chaussettes, etc.</p> <p>4 - La lessive doit être faite par des tiers.</p> <p>* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.</p>	
<p>Score Global <input type="text"/></p>	

Tite Pause?



Evaluations cognitives

▶ SSTICS (Stip et Al, 2003)

- Subjective
- Scale
- To
- Investigate
- Cognition
- In
- Schizophrenia

type	résultat	spécificité
Auto	Norme	Spé

ECHELLE SSTICS					
CONSIGNES					
<p>Vous voyez devant vous sur la feuille, une liste de phrases décrivant des problèmes de mémoire ou de concentration que chacun de vous peut observer dans ses activités de la vie quotidienne. On vous demande d'estimer la fréquence de tels troubles constatés ces derniers temps dans votre comportement. Autrement dit si vous trouvez que la question que vous lisez (ou que l'on vous lit en même temps que vous) va bien avec votre plainte ou votre problème, on vous demande de répondre à la question en donnant votre appréciation.</p> <p>Utilisez pour cela cette échelle d'appréciation en entourant le chiffre le plus vrai de ce que vous ressentez : 4 = très souvent 3 = souvent 2 = parfois 1 = rarement 0 =jamais</p>					
	très souvent	souvent	parfois	rarement	jamais
1- Avez-vous remarqué que vous avez des troubles de mémoire					
2- Avez-vous de la difficulté à vous souvenir d'informations que l'on vous donne immédiatement et que vous devez utiliser tout de suite comme par exemple, un numéro de téléphone, une adresse, un numéro de porte ou de bureau, un numéro de bus ou le nom d'un docteur					
3- Avez vous de la difficulté à apprendre quelque chose ? Par exemple, une liste d'objets à acheter ou une liste de noms de personne					
4- Avez-vous de la difficulté à vous souvenir du nom de vos médicaments					
5- Faites-vous des oublis comme par exemple un rendez-vous avec un ami, chez un médecin					
6- Oubliez-vous de prendre vos médicaments					
7- Avez-vous de la difficulté à vous souvenir des informations dans les journaux ou à la télévision					
8- Avez-vous de la difficulté à accomplir des tâches ménagères ou du bricolage ? Par exemple, vous oubliez comment faire la cuisine, ou oubliez-vous les					
9- Avez-vous de la difficulté à savoir comment on se rend à l'hôpital, ou à la clinique externe, ou même chez vous					
10- Avez-vous de la difficulté à vous souvenir du nom de personnes connues, comme par exemple du Président de la République					
11- Avez-vous de la difficulté à vous souvenir des capitales des pays, des dates de l'histoire du pays, ou du nom des pays des autres continents, ou bien des grandes découvertes de nos savants					
12- Êtes-vous distrait, dans la lune ? Comme par exemple, vous perdez le fil de vos idées pendant une conversation parce que vous êtes distrait. Ou vous avez du mal à fixer votre esprit sur ce que vous lisez					
13- Avez-vous de la difficulté à être en alerte ou réagir suite à une situation imprévue ? Comme par exemple, une alerte incendie ou une voiture qui passe soudainement lorsque vous traversez la rue					
14- Avez-vous de la difficulté à choisir une information pertinente quand on vous en présente plusieurs ? Par exemple, en même temps le nom de vos médicaments ou votre prochain rendez-vous pendant qu'on parle à côté de vous					

SSTICS, l'outil:

▶ Domaines:

- Mémoire épisodique (7 items)
- Mémoire sémantique (2 items)
- Mémoire de travail (2 items)
- Attention (5 items: distractibilité, alerte, attention focalisé, attention divisé, attention soutenu)
- Exécutif (3 items: planification, organisation, flexibilité)
- Langage (1 item)
- Praxie (1 item)

Evaluations cognitives

▶ CDS

- Cognitive
- Difficulties
- Scale

type	résultat	spécificité
Auto	Norme	Gé

Échelle d'auto-évaluation des difficultés cognitives (Mc Nair Kahn- version française consensuelle GRECO)					
Voici une liste de difficultés que chacun peut rencontrer dans la vie quotidienne. Proposez à vos patients de s'auto évaluer: " Mettez une croix dans la colonne correspondant à la fréquence avec laquelle vous avez rencontré ces difficultés dans les 3 dernières semaines".					
	jamais	rarement	parfois	souvent	très souvent
1 J'ai des difficultés à me souvenir des numéros de téléphone familiers					
2 j'oublie où j'ai posé mes lunettes, mes clefs, mon porte-monnaie, mes papiers					
3 Quand je suis interrompu(e) dans une lecture, j'ai du mal à retrouver où j'en étais					
4 Quand je fais les courses, j'ai besoin d'une liste écrite					
5 J'oublie des rendez-vous, des réunions ou des engagements					
6 J'oublie de téléphoner quand on m'a demandé de rappeler					
7 J'ai du mal à mettre une clef dans la serrure					
8 J'oublie en cours de route des courses que je voulais faire					
9 J'ai du mal à me rappeler le nom des gens que je connais					
10 J'ai du mal à rester concentré sur un travail ou une occupation					
11 J'ai du mal à raconter une émission que je viens de voir à la télévision					
12 J'ai du mal à exprimer clairement ce que je veux dire					
13 Je n'arrive pas à reconnaître des gens que je connais					

Evaluations cognitives

▶ MoCA

- Montreal
- Cognitive
- Assessment

type	résultat	spécificité
Obs	Norme	Spé

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)		Nom :			
Français		Scolarité :		Date de naissance :	
		Sexe :		Date :	
VISUOSPATIAL/EXECUTIF	Copier le cube	Dessiner HORLOGE (onze heure dix) (3 points)			Points
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			0 / 5
		Contour	Chiffres	Aiguilles	
DENOMINATION					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
0 / 3					
MEMOIRE	Lire la liste de mots le patient doit répéter. Faire 2 essais. Faire un rappel 5 min après	1er essai	2ème essai	VISAGE	VELOURS
				EGLISE	MARGERITE
				ROUGE	
ATTENTION Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec). Le patient doit répéter					
		2 1 8 5 4			
		le patient doit la répéter à l'envers		7 4 2	
0 / 2					
Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A, pas de point si 2 erreur					
		F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B			
0 / 1					
Soustraire série de 7 à partir de 100					
		93	86	79	72
		65			
4 ou 5 soustractions correctes : 3 points, 2 ou 3 correctes : 2 points, 1 correcte : 1 point, 0 correcte : 0 point					
0 / 3					
LANGAGE	Répéter: le colibri a déposé ses œufs sur le sable	L'argument de l'avocat les a convaincus.			
					0 / 2
fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre "F" en 1 min (N 11 mots)					
					0 / 1
ABSTRACTION	Similitude entre ex: banane - orange = fruit	Train - bicyclette	Montre - règle		
					0 / 2
RAPPEL	doit se souvenir des mots	VISAGE	VELOURS	EGLISE	MARGERITE
		ROUGE	Point		
SANS INDICES					pour rappel
optionnel		indice de catégorie			SANS INDICE
		indice choix multiples			seulement
					0 / 5
ORIENTATION					
Date		Mois	Année	Jour	Endroit
					Ville
0 / 6					

MoCA: l'outil

▶ Domaine

- Visuo-spatial
- Dénomination
- Mémoire
- Attention
- Langage
- Abstraction
- Rappel
- Orientation

Evaluations cognitives

▶ BEARNI

- Brief
- Evaluation of
- Alcohol-
- Related
- Neuropsychological
- Impairment

type	résultat	spécificité
Obs	Norme	Spé

BEARNI				
NOM:		PRENOM:		
Date de naissance (âge) :		Années de scolarité :		
Date de l'examen :				
I - Mémoire verbale				
Consigne				
1er rappel : Je vais vous lire une liste de mots que vous aurez à retenir. écoutez attentivement et quand j'aurais terminé, je veux que vous me redonniez le plus de mots possible dont vous vous rappelez, et dans l'ordre que vous voulez.				
2ème rappel : maintenant je vais vous relire la même liste de mots. Essayez de vous rappeler du plus grand nombre de mots possible y compris ceux que vous avez déjà énoncés.				
<i>(Choisir la liste parallèle si BEARNI a déjà été proposé au patient dans les 6 derniers mois. Temps maximum pour chaque rappel : 1 minute. Relire la liste complète avant chaque rappel. Au dernier rappel, ne pas préciser au patient que la liste lui sera à nouveau demandée à la fin du test)</i>				
Cotation				
Score total : pas de points				
Mémoire verbale				
	Liste de mots	Liste parallèle	Rappel libre 1	Rappel libre 2
1.	Plage	Forêt		
2.	Tenaille	Truelle		
3.	Blouson	Chaussettes		
4.	Fleuve	Rivière		
5.	Pioche	Enclume		
6.	Jupe	Casquette		
7.	Râteau	Maillet		
8.	Montagne	Désert		
9.	Chapeau	Chemise		
10.	Bêche	étai		
11.	Jungle	Verger		
12.	Ceinture	Gants		
II- ATAXIE En équilibre				
Consigne				
Maintenant nous allons tester votre équilibre sur une jambe. Je vais vous demandez d'enlever vos chaussures. Dans un premier temps, aidez-vous du mur si besoin. Ensuite, croisez les bras sur le torse et levez la jambe comme ceci (à hauteur du genou), sans vous appuyer sur votre genou. Si à un moment vous sentez que vous risquez de tomber, posez votre pied par terre et appuyez-vous contre le mur.				
<i>Durée maximum : 30 secondes par essai. Indiquer le temps pendant lequel le sujet réussit à maintenir la position</i>				
<i>Préciser si le sujet réussit dès le premier essai ou au second.</i>				
Cotation				
2 points par condition si le sujet réussit dès le premier essai à tenir en équilibre pendant 30 secondes.				
1 point par condition si le sujet ne réussit qu'au second essai à tenir en équilibre pendant 30 secondes.				
0 point en cas d'échec aux deux essais.				
Score total : maximum 8 points				
Ataxie en équilibre				
<i>Yeux ouverts</i>				

BEARNI: l'outil

▶ Domaine

- Mémoire
- Verbale
- Verbale différée
- Ataxie en équilibre
- Fluence Alternée
- Ordination alphabétique
- Capacité visuo spatial

Evaluations cognitives

▶ MMSE

- Mini
- Mental
- State
- Examination

type	résultat	spécificité
obs	Intensité	Spé autre

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)			
Orientation			0 /10
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 du mieux que vous pouvez. 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 ?			<input type="checkbox"/>
2. En quelle saison ?			<input type="checkbox"/>
3. En quel mois ?			<input type="checkbox"/>
4. Quel jour du mois ?			<input type="checkbox"/>
5. Quel jour de la semaine ?			<input type="checkbox"/>
Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.			
6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*			<input type="checkbox"/>
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?			<input type="checkbox"/>
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**			<input type="checkbox"/>
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?			<input type="checkbox"/>
10. A quel étage sommes-nous ?			<input type="checkbox"/>
Apprentissage			0 /3
Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderais tout à l'heure.			
11. Cigare	11. Citron	11. Fauteuil	<input type="checkbox"/>
12. Fleur	12. Clé	12. Tulipe	<input type="checkbox"/>
13. Porte	13. Ballon	13. Canard	<input type="checkbox"/>
Répéter les 3 mots.			
Attention et calcul			0 /5
Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*			
14. 93			<input type="checkbox"/>
15. 86			<input type="checkbox"/>
16. 79			<input type="checkbox"/>
17. 72			<input type="checkbox"/>
18. 65			<input type="checkbox"/>
Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**			
Rappel			0 /3
Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?			
11. Cigare	11. Citron	11. Fauteuil	<input type="checkbox"/>
12. Fleur	12. Clé	12. Tulipe	<input type="checkbox"/>
13. Porte	13. Ballon	13. Canard	<input type="checkbox"/>
Langage			0 /8
Montrer un crayon.	22. Quel est le nom de cet objet ?*		<input type="checkbox"/>
Montrer votre montre.	23. Quel est le nom de cet objet ?**		<input type="checkbox"/>
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***			
Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :			
	25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,		<input type="checkbox"/>
	26. Pliez-la en deux,		<input type="checkbox"/>
	27. Et jetez-la par terre. »****		<input type="checkbox"/>
Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :			
	28. « Faites ce qui est écrit ».		<input type="checkbox"/>
Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :			
	29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »		<input type="checkbox"/>
Praxies constructives			0 /1
Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :			
	30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »		<input type="checkbox"/>
score total			0 /30

Qualité de vie

- ▶ S-QOL (Auquier, 2003)
 - Schizophrenia
 - Quality
 - Of
 - Life

type	résultat	spécificité
Auto	Norme	Spé

Instrument d'autoévaluation de la qualité de vie (S-QoI (V2))

Nom du patient :

Date :

Par rapport à ce que vous souhaitez (dans l'idéal), cochez pour chaque question la case qui correspond le mieux à ce que vous ressentez actuellement :		beaucoup moins	moins	un peu moins	autant	plus
Bien être psychologique	Je m'ennuie					
	Je crains d'accomplir des Formalités administratives					
	J'ai des difficultés à m'intéresser aux choses qui m'entourent					
	Je suis coupé(e) du monde extérieur					
	Je suis seul(e)					
	J'ai des difficultés à me concentrer, à réfléchir					
	Je me sens inutile					
	Je suis angoissé(e)					
	J'ai peur de l'avenir					
Estime de soi	J'ai confiance en moi					
	J'ai confiance en la vie					
	Je suis bien dans ma tête					
	Je suis heureux(se)					
	Je suis à l'aise en public					
Relation avec la famille	Je suis épanoui(e)					
	Je suis aidé(e) par ma famille					
	Je suis écouté(e) par ma famille					
	Je peux parler à ma famille					
	Je vois ma famille					
Relation avec les amis	Je suis aidé(e) par mes amis (proches)					
	Je suis compris(e) par mes amis (proches)					
	Je peux me confier à quelqu'un					
	J'ai des amis					
Résilience	Je me bats pour réussir dans la vie					
	Je fais des efforts pour travailler					
	Je réalise mes projets professionnels et/ ou personnels					
	J'ai une vie active					
Bien être physique	Je suis en bonne forme physique					
	Je fais du sport, j'ai des activités physiques					
	Je suis plein(e) d'énergie					
	J'ai une vie stable, équilibrée					
Autonomie	Je suis autonome, indépendant(e) par rapport à ma famille					
	Je suis libre d'agir					
	Je suis libre de prendre des décisions					
	Je peux sortir (cinéma, promenades, restaurants, ...)					
Vie sentimentale	J'ai une vie sentimentale satisfaisante					
	Je réalise mes projets familiaux, sentimentaux					

S-Qol, l'outil:

▶ Domaines:

- Bien être psychologique
- Estime de soi
- Relation avec la famille
- Relation avec les amis
- Résilience
- Bien physique
- Autonomie
- Vie sentimentale

Qualité de vie

▶ WHOQOL (Martin P., 1998)

- World
- Health
- Organization
- Quality
- Of
- Life

type	résultat	spécificité
Auto	Norme	Gé

WHOQOL-BREF

Date : Nom : Prénom :

CONSIGNE

Les questions suivantes expriment des sentiments sur ce que vous éprouvez actuellement. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

	Très faible	faible	ni faible ni bonne	bonne	très bonne
1 Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	<input type="checkbox"/>				

	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
2 Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
3 La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce dont vous avez envie ?	<input type="checkbox"/>				
4 Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?	<input type="checkbox"/>				
5 Aimez-vous votre vie ?	<input type="checkbox"/>				
6 Estimez-vous que votre vie a du sens ?	<input type="checkbox"/>				
7 Etes-vous capable de vous concentrer ?	<input type="checkbox"/>				
8 Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>				
9 Vivez-vous dans un environnement sain ?	<input type="checkbox"/>				
10 Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>				
11 Acceptez-vous votre apparence physique ?	<input type="checkbox"/>				
12 Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	<input type="checkbox"/>				
13 Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>				
14 Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?	<input type="checkbox"/>				

WHOQOL, l'outil:

▶ Version

- WHOQOL 100
- WHOQOL 26

▶ Domaines:

- Qualité de vie général et santé
 - Physique
 - Psychologique
 - Environnemental
- 

Qualité de vie

QUESTIONNAIRE SF 36

J.E. Ware et al.

Version française IQUOLA-SF 36, formulation "aiguë", 1993

► MOS SF-36 (Ware et Sherbourne, 1992)

- Medical
- Outcomes
- Study
- Short
- Forme

type	résultat	spécificité
Auto	Intensité	Gé

Outil d'évaluation

NOM : _____

PRENOM : _____

SEXE : AGE : DATE :

INSTRUCTIONS

Ce questionnaire est destiné à évaluer, de manière objective et subjective, VOTRE qualité de vie par rapport à VOTRE état de santé.

Il est extrêmement important que vous répondiez à TOUTES LES QUESTIONS qui vous sont posées.

Lisez chaque série de questions et ENTOUREZ le chiffre qui exprime le mieux ce que vous éprouvez ou ressentez ces quatre dernières semaines, toujours en fonction de votre état de santé.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire ; votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, contrairement à une réponse longuement méditée.

Si vous ne savez pas très bien répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

Nous vous remercions de votre précieuse coopération et pour le temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire*.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

(entourez la réponse de votre choix)

- Excellente..... 1
- Très bonne..... 2
- Bonne..... 3
- Médiocre..... 4
- Mauvaise..... 5

2. Par rapport au même jour de la semaine dernière, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

(entourez la réponse de votre choix)

- Bien meilleur que la semaine dernière..... 1
- Plutôt meilleur..... 2
- A peu près pareil..... 3
- Plutôt moins bon..... 4
- Bien moins bon..... 5

* NdR : Lors de certaines utilisations figure la phrase suivante : toutes les informations que vous donnez sont CONFIDENTIELLES. Votre nom ne doit pas apparaître sur le questionnaire.

MOS SF-36, l'outil:

▶ Domaines:

- Un score physique (Fonctionnement physique, limitation physique, douleur physique, santé générale)
- Un score mental (Vitalité, fonctionnement social, limitation émotionnelle, santé mentale)

Estime de soi

- ▶ Estime de soi
(Rosemberg, 1965!)

ECHELLE D'ESTIME DE SOI

(ROSENBERG, 1969; traduction: O.CHAMBON, 1992)

Date de cotation:

Nom du patient:

Prénom du patient:

Indiquez la réponse qui vous semble correcte pour chacune des dix affirmations suivantes, selon votre accord avec l'énoncé : fortement en accord, en accord, en désaccord, ou fortement en désaccord.

1= fortement en accord
2= en accord
3= en désaccord
4= fortement en désaccord

- ___ 1. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.
- ___ 2. Parfois je pense que je ne vauds rien.
- ___ 3. Je pense que j'ai un certain nombre de bonnes qualités.
- ___ 4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la plupart des gens.
- ___ 5. Je sens qu'il n'y a pas grand chose en moi dont je puisse être fier.
- ___ 6. Parfois, je me sens réellement inutile.
- ___ 7. Je pense que je suis quelqu'un de valable, au moins autant que les autres gens.
- ___ 8. J'aimerais pouvoir avoir plus de respect pour moi-même.
- ___ 9. Tout bien considéré, j'ai tendance à penser que je suis un(e) raté(e).
- ___ 10. J'ai une opinion positive de moi-même.
-

Procédure de cotation. Le total des notes des items 2, 5, 6, 8, 9 doit être ajouté au total de l'inverse (1 devient 4, 2 devient 3, et réciproquement 3 devient 2 et 4 devient 1) des notes des items 1, 3, 4, 7, 10. Le résultat obtenu correspond à une note d'estime de soi.

type	résultat	spécificité
Auto	Intensité	Spé

Psychopathologie

▶ STAI (SPIELBERGER, 1983)

- Stait
- Trait
- Anxiety
- Inventory

type	résultat	spécificité
Auto	Norme	Spé

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION

STAI FORME Y-B

C.D. SIELBERGER, 1983

Traduction française : M.B. SCHWEITZER et I. PAULHAN, 1990

NOM: _____
 PRENOM: _____
 SEXE: _____
 AGE: _____ DATE: _____

CONSIGNES

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **généralement**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **habituels**.

	presque jamais	parfois	souvent	presque toujours
1 Je me sens de bonne humeur, aimable.				
2 Je me sens nerveux (nerveuse) et agité (e).				
3 Je me sens content(e) de moi.				
4 Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres semblent l'être.				
5 J'ai un sentiment d'échec.				
6 Je me sens reposé(e).				
7 J'ai tout mon sang-froid.				
8 J'ai l'impression que les difficultés s'accroissent à un tel point que je ne peux plus les surmonter.				
9 Je m'inquiète à propos de choses sans importance.				
10 Je suis heureux(se).				
11 J'ai des pensées qui me perturbent.				
12 Je manque de confiance en moi.				
13 Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.				
14 Je prends facilement des décisions.				
15 Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur.				
16 Je suis satisfait(e).				
17 Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.				
18 Je prends les déceptions tellement à coeur que je les oublie difficilement.				
19 Je suis une personne posée, solide, stable.				
20 Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis.				

norme homme 41,9 +/- 9,48
 femme 45,1 +/- 11,1

Score n-h 0
 % n-h 0
 Score n=f 0
 % n=f 0

Index, l'outil:

▶ Les domaines:

- Considération négative sur soi, le monde et le future
- Ralentissement
- Troubles somatiques

▶ Le protocole de passation

▶ Cotation

- De 1 a 4
- Plusieurs réponses possibles

Psychopathologie

- ▶ IS (BIRCHWOOD, 1994)
 - Insight
 - Scale

Insight Scale
IS
M. Birchwood (1994)
Traduction française : N. Jaafari (2007)

Outil d'évaluation

Instructions :

Veillez lire les questions suivantes attentivement.
Puis choisissez la réponse qui vous correspond le mieux.

	D'accord	Pas d'accord	Incertain
1. Certaines de mes difficultés psychologiques proviennent de mon cerveau.			
2. Je vais bien mentalement.			
3. Je n'ai pas besoin de médicaments.			
4. Mon séjour à l'hôpital était nécessaire.			
5. Le médecin a raison de me prescrire des médicaments.			
6. Je n'ai pas besoin de voir un médecin ou un psychiatre.			
7. Si quelqu'un disait que j'avais une maladie nerveuse ou mentale alors il aurait raison.			
8. Mes difficultés psychologiques ne sont pas liées à une maladie.			

type	résultat	spécificité
Auto	Intensité	Spé

IS, L'outil:

▶ Les domaines

- Conscience des symptômes
- Conscience de la maladie
- Conscience de la nécessité d'un traitement

▶ La passation

- Entretien
- Cotation par échelle de d'intensité de 1 à 4

Psychopathologie

▶ PANSS (KAY S.R., Opler L.A. , FISZBEIN A., 2008)

- Positive
- And
- Negative
- Syndrome
- Scale

type	résultat	spécificité
Obs	Intensité	Spé

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE
PANSS
KAY S.R., OPLER L.A. et FISZBEIN A.
Traduction française : J.P. Lépine

Nom : _____
Prénom : _____
Sexe : _____ age ___ date _____
Examineur : _____

CONSIGNES

Entourer la cotation appropriée à chaque dimension, à la suite de l'entretien clinique spécifique. Se reporter au Manuel de Cotation pour la définition des items, la description des différents degrés et la procédure de cotation

	absence	minime	légère	mod.	mod. sévère	sévère	extrême	
Echelle positive								
p1	Idées délirantes.	1	2	3	4	5	6 7	
p2	Désorganisation conceptuelle.	1	2	3	4	5	6 7	
p3	Activité hallucinatoire.	1	2	3	4	5	6 7	
p4	Excitation.	1	2	3	4	5	6 7	
p5	Idées de grandeur.	1	2	3	4	5	6 7	
p6	Méfiance/Persécution.	1	2	3	4	5	6 7	
p7	Hostilité.	1	2	3	4	5	6 7	
Echelle négative								
						score +	0	
n1	Emoussement de l'expression des émotions	1	2	3	4	5	6 7	
n2	Retrait affectif.	1	2	3	4	5	6 7	
n3	Mauvais contact.	1	2	3	4	5	6 7	
n4	Repli social passif/apathique.	1	2	3	4	5	6 7	
n5	Difficultés d'abstraction.	1	2	3	4	5	6 7	
n6	Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation.	1	2	3	4	5	6 7	
n7	Pensée stéréotypée.	1	2	3	4	5	6 7	
Echelle psychopathologique générale								
						score -	0	
g1	Préoccupations somatiques.	1	2	3	4	5	6 7	
g2	Anxiété	1	2	3	4	5	6 7	
g3	Sentiments de culpabilité.	1	2	3	4	5	6 7	
g4	Tension	1	2	3	4	5	6 7	
g5	Maniérisme et troubles de la posture.	1	2	3	4	5	6 7	
g6	Dépression.	1	2	3	4	5	6 7	
g7	Ralentissement psychomoteur.	1	2	3	4	5	6 7	
g8	Manque de coopération.	1	2	3	4	5	6 7	
g9	Contenu inhabituel de la pensée.	1	2	3	4	5	6 7	
g10	Désorientation.	1	2	3	4	5	6 7	
g11	Manque d'attention.	1	2	3	4	5	6 7	
g12	Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie.	1	2	3	4	5	6 7	
g13	Trouble de la volition.	1	2	3	4	5	6 7	
g14	Mauvais contrôle pulsionnel.	1	2	3	4	5	6 7	
g15	Préoccupation excessive de soi (tendances autistiques).	1	2	3	4	5	6 7	
g16	Évitement social actif.	1	2	3	4	5	6 7	
score total		0	score composite		0	positif si sup 11 et neg si inf a -15		score de psy général: 0

PANSS, l'outil:

- ▶ Domaines:
 - Echelle positive
 - Echelle négative
 - Echelle psychopathologique générale

- ▶ Le protocole de passation

BPRS, L'outil:

▶ Les domaines

- Dimension délirante hallucinatoire
- Dimension hébéphrénique
- Dimension paranoïaque
- Dimension mélancolique-anxieux
- Dimension psychotique aiguë

▶ La passation

- Entretien
- Cotation par échelle d'intensité de 1 à 7

Communication

▶ AHC (POMINI, 1999)

- Auto-évaluation
- des Habilités
- Conversationnels

type	résultat	spécificité
Auto	Intensité	Spé

Auto-évaluation des habiletés conversationnelles

(AHC)

(Pomini, 1999)

Nom :

Date :

INSTRUCTIONS GENERALES

Veuillez indiquer dans la colonne de droite à quel point chacune des phrases ci-dessous correspondent à ce que vous faites et à ce que vous ressentez dans les situations de conversation.

- | | | | | | |
|------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| O 1. | Je sais moduler ma voix en fonction des situations (par exemple parler doucement pour ne pas gêner ou parler fort pour être bien entendu). | non | un peu | assez | tout à fait |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O 2. | Je n'ose pas regarder l'autre quand je discute avec lui. | non | un peu | assez | tout à fait |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O 3. | Je sais comment me faire de nouvelles connaissances. | non | un peu | assez | tout à fait |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O 4. | J'ai de la peine à engager des conversations avec les personnes que je connais. | non | un peu | assez | tout à fait |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O 5. | Je sais comment poursuivre une conversation sur un thème qui me plaît. | non | un peu | assez | tout à fait |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O 6. | Je n'ose pas parler de moi. | non | un peu | assez | tout à fait |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O 7. | Je n'ose pas interrompre quelqu'un qui parle trop. | non | un peu | assez | tout à fait |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Communication

- ▶ QMCV (POMINI, 1999)
 - Questionnaire d'entretien structuré des compétences et connaissances en matière de conversation

type	résultat	spécificité
Auto	Intensité	Spé

U

UNITE DE REHABILITATION
Médecin-chef : Dr François Grasset

DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE ADULTE

ENTRETIEN STRUCTURÉ D'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES ET
COMPÉTENCES EN MATIÈRE DE CONVERSATION
(QMCV)

V. Pomini (1999)

Nom : Date : Evalueur :

INSTRUCTIONS GENERALES

Cet entretien structuré se compose de 15 items demandant au patient de démontrer à l'investigateur ses connaissances et compétences en matière de conversation. Ces items impliquent des tâches variées : réponses verbales et jeux de rôle. Lors des réponses des patients, il est demandé de noter uniquement les éléments pertinents à la cotation ultérieure. L'évaluateur peut se permettre de reformuler les demandes en cas d'incompréhension manifeste de la part du patient. Il veillera cependant à ne pas fournir des indices qui favoriseraient une réponse correcte. Les questions sont posées en fonction d'un patient masculin. Les alternatives pour le sexe féminin sont mises en parenthèses. Les règles de cotation sont indiquées directement à la suite de chaque question, facilitant ainsi une cotation immédiate de la performance du patient.

SCORE

Nombre de points obtenus : Taux de réussite (score / 36 x 100) :

Nombre maximum de points possibles : 36 pts

Adaptation, le coping

▶ WCC-R 27 (VITALIANO, 1996)

- Ways of
- Coping
- Checklist
- Revised

type	résultat	spécificité
Auto	Norme	Spé

Ways of Coping Checklist Revised					
DE VITALIANO ADAPTEE PAR COUSSON					
1.	Décrivez une situation stressante que vous avez connue durant les derniers mois (situation qui vous a particulièrement contrariée) :				
2.	Par rapport à cette situation que vous venez de décrire, vous diriez qu'elle était de...				
	Niveau de stress faible	<input type="checkbox"/>			
	Niveau de stress moyen	<input type="checkbox"/>			
	Niveau de stress élevé	<input type="checkbox"/>			
Pensez à votre activité professionnelle et à tous les problèmes quotidiens que vous devez					
Indiquez pour chacune des réactions ci-dessous, si vous l'utilisez généralement pour faire face à ces problèmes. Il suffit de cocher parmi les quatre cases à droite de chaque item celle qui correspond le mieux à votre réaction habituelle					
				Non	Plutôt non
				Plutôt oui	Oui
1.	J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.				
2.	J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse				
3.	J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais.				
4.	Je me suis battu(e) pour ce que je voulais.				
5.	J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé.				
6.	J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce que l'on m'a conseillé.				
7.	J'ai changé positivement.				
8.	Je me suis senti mal de ne pouvoir éviter le problème.				
9.	J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis.				
10.	J'ai pris les choses une par une.				
11.	J'ai espéré qu'un miracle se produirait				
12.	J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation.				
13.	Je me suis concentré sur un aspect positif qui pourrait apparaître après.				
14.	Je me suis culpabilisé.				
15.	J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions.				
16.	Je suis sorti plus fort de la situation.				
17.	J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux				
18.	J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du				

WCC-R 27, L'outil:

▶ Les domaines

- L'adaptation centré sur:
 - Le problème
 - L'émotion
 - La recherche de soutien

▶ La passation

- Questionnaire à questions fermées
- Echelle de Likert 4 degrés

Adaptation, le coping

- ▶ QETS (Graziani & al., 1998)
 - Questionnaire
 - d'Evaluation de la
 - Transaction
 - Stressante

type	résultat	spécificité
Auto	Norme	Spé

Questionnaire d'Evaluation de la Transaction Stressante (QETS)
(Version du questionnaire de Graziani & al., 1998)

Nom : _____ Date : _____
Sexe : _____ Age : _____

Choisissez une situation stressante que vous avez connue durant les 15 derniers jours.
Indiquez pour chacune des stratégies suivantes, si oui ou non vous l'avez utilisée pour faire face à votre problème.
Pour cela, il vous suffit de cocher la case adéquate dans le tableau figurant à droite de la fe

			jamais	parfois	souvent	très souvent	
1.	Je me suis tourné(e) vers le travail ou une autre activité pour ne pas penser au problème.						
2.	J'ai discuté pour trouver une base d'accord afin de tirer quelques bénéfices de la situation.						
3.	J'ai essayé de faire changer d'avis la personne responsable du problème.						
4.	J'ai parlé à quelqu'un pour en savoir plus sur la situation.						
5.	Je me suis remis(e) en question ou j'ai réfléchi sur moi-même.						
6.	J'ai continué comme si de rien n'était.						
7.	J'ai plus dormi que d'habitude.						
8.	Je me suis mis(e) en colère contre la ou les personnes responsables du problème.						
9.	J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.						
10.	Je me suis dit des choses qui m'ont aidé à me sentir mieux.						
11.	J'ai essayé de tout oublier.						
12.	J'ai changé ou évolué en bien.						

QETS, L'outil:

▶ Les domaines

- L'adaptation centré sur:
Le problème, l'évasion, le soutien social, l'auto-contrôle, la fuite, la replanification, l'acceptation, la diplomatie, la confrontation, l'évolution personnelle.

▶ La passation

- Questionnaire à questions fermées
- Echelle de Likert 4 degrés

Addictologie, l'alcool...

▶ AUDIT

- Alcohol
- Use
- Disorders
- Identification
- Test

type	résultat	spécificité
Auto	Norme	Spé

Questionnaire AUDIT <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>						
Questions	0	1	2	3	4	SCORE
1 - A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	Au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
2 - Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	4 ou 5	7 à 9	10 ou plus	
3 - Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4 - Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5 - Dans les douze derniers mois, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool, vous -a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6 - Dans les douze derniers mois, combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous du boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7 - Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
8 - Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9 - Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui mais pas dans l'année passée		Oui au cours de l'année dernière	
10 - Est-ce qu'un parent, un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?	Non		Oui mais pas dans l'année passée		Oui au cours de l'année dernière	

AUDIT, L'outil:

▶ Les domaines

- La consommation a risque d'alcool.

▶ La passation

- Questionnaire à questions fermées
- Echelle de Likert 4 degrés
- somme des différents scores:
 - Score <6 (chez la femme) et <7 (chez l'homme) : risque faible ou anodin
 - Score entre 6 et 12 (chez la femme) et entre 7 et 12 (chez l'homme) : consomma Non à risque ou à problème
 - Score ≥ 13 : alcool dépendance probable

Conclusions

- ▶ L'évaluation, pourquoi, pour qui?
 - ▶ La psychiatrie, conscience et déni
 - ▶ L'importance de la parole du patient
 - ▶ Limites !!
- 

Questions?



Sources...

- ▶ Site de ecsp: <http://www.ECSP.fr>
- ▶ Site du réseau québécois:
http://www.rqrv.com/fr/banque_inst.php
- ▶ Instruments en français
<http://instrumentspsychometriques.mcgill.ca>
[/](#)
- ▶ Espace Socrate : *www.espace-socrate.com*

Merci de votre attention