

DEPARTEMENT DE GERONTOLOGIE
Hôpital NORD - CHU de CLERMONT-FERRAND

QUESTIONNAIRE DE DYSCONTRÔLE COMPORTEMENTAL (QDC)
d'après LEBERT et PASQUIER

Procédure : répondre oui si au moins une des informations par question est vraie

<p><u>Grignotage sucré</u> :</p> <p>Grignote-t-il entre les repas des aliments sucrés qu'il va lui-même chercher, parfois même en cachette, ou vous en demande-t-il au moins 2 fois dans la journée alors que ce n'était pas dans ses habitudes avant ses troubles de mémoire ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p><u>Hypersomnie</u> :</p> <p>Dort-il facilement plus d'une heure pour la sieste ou s'endort-il dans la matinée ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p><u>Hallucinations</u> :</p> <p>Lui arrive-t-il de voir des personnes qu'il peut décrire alors qu'il n'y a personne ? Lui arrive-t-il de voir des animaux ou de ramasser des objets alors qu'il n'y a rien ? L'avez-vous déjà vu parler à quelqu'un alors qu'il n'y a personne à ses côtés ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p><u>Troubles des perceptions</u> :</p> <p>Lui arrive-t-il de parler dans le miroir ? de croire que les personnes à la télévision peuvent entendre ses propos ou ceux de ses proches ? de croire que tel ou tel objet vu de loin (ex : une cheminée) est une personne ? d'entendre des bruits qu'il imagine en rapport avec des personnes imaginaires présentes dans la maison ? Reconnaît-il toujours sa maison ? Parle-t-il de parents morts comme s'ils étaient vivants ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p><u>Délire interprétatif</u> :</p> <p>Croit-il qu'on lui veut du mal, qu'on va le voler ? Est-il devenu jaloux ? Se fait-il des idées sur telle ou telle personne ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p><u>Sundowning</u> :</p> <p>Est-il moins calme ou plus agité en fin d'après-midi ? Ses troubles du comportement sont-ils plus importants après 16 h ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p><u>Irritabilité</u> :</p> <p>Se met-il facilement en colère lors de simples remarques ou lorsqu'on le force à faire quelque chose de banal ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>

DEPARTEMENT DE GERONTOLOGIE

Hôpital NORD - CHU de CLERMONT-FERRAND

QUESTIONNAIRE DE DYSCONTRÔLE COMPORTEMENTAL (QDC) d'après LEBERT et PASQUIER

Procédure : répondre oui si au moins une des informations par question est vraie

<u>Tasikinésie</u> :				
A-t-il du mal à rester assis, est-il toujours en mouvement ?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
A-t-il du mal à rester assis durant le repas ?				
A-t-il du mal à rester assis devant la télévision même avec un proche ?				
<u>Désinhibition</u> :				
A-t-il des propos déplacés, malhonnêtes, qu'il n'aurait jamais tenu avant sa maladie ?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
A-t-il moins de pudeur ?				
<u>Négligence</u> :				
Se laisse-t-il aller physiquement pour son hygiène corporelle, la tenue et l'harmonie de ses vêtements, l'état de ses cheveux, par rapport à ses habitudes antérieures ?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
<u>Tristesse</u> :				
Est-il triste quel que soit le moment de la journée ? (à aucun moment vous n'arrivez à le faire sourire).		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
<u>Hyperémotivité</u> :				
A-t-il plus facilement la larme à l'œil lorsqu'un membre de sa famille vient le voir, lorsqu'il regarde un film triste, des photos ou lorsqu'il n'arrive pas à faire telle ou telle chose ?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
<u>Exaltation</u> :				
Est-il devenu plus gai (rit et plaisante facilement) qu'auparavant et cela indépendamment du contexte comme s'il n'était plus touché par les événements tristes ?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
<u>Apathie</u> :				
Doit-il être tout le temps stimulé pour pouvoir initier des gestes de la vie quotidienne (débuter sa toilette, se mettre à table, manger, sortir...) ?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
A-t-il tendance à ne plus bouger de son fauteuil ?				
<u>Anxiété</u> :				
Se fait-il maintenant du souci pour tout ? A-t-il du mal à rester seul car il a toujours besoin de la présence d'un proche pour le rassurer ?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	