

Questionnaire patient sur le handicap lié aux troubles de l'équilibre et aux vertiges

Questionnaire patient sur le handicap lié aux troubles de l'équilibre et aux vertiges²

Le score
DHI¹
(Dizziness Handicap
Inventory)

Nom :

Prénom :

Date :

	A	B	C
	Oui	Parfois	Non
1 Votre problème est-il aggravé lorsque vous regardez en l'air ?	☐	☐	☐
2 A cause de votre problème, vous sentez-vous frustré(e) (réalisation de souhaits, de désirs) ?	☐	☐	☐
3 A cause de votre problème, vous déplacez-vous moins pour votre profession ou vos loisirs ?	☐	☐	☐
4 Votre problème est-il aggravé lorsque vous marchez dans les allées d'un supermarché ?	☐	☐	☐
5 A cause de votre problème, avez-vous de la difficulté à vous mettre ou à sortir du lit ?	☐	☐	☐
6 Votre problème diminue-t-il de manière significative votre participation à des activités sociales (aller manger dehors, aller à des soirées ou au cinéma) ?	☐	☐	☐
7 Votre problème vous gêne-t-il pour lire ?	☐	☐	☐
8 Votre problème est-il aggravé lorsque vous réalisez des activités comme la pratique de sports, de la danse ou lors de tâches ménagères comme balayer ou ranger la vaisselle ?	☐	☐	☐
9 Avez-vous peur de quitter votre domicile sans être accompagné(e), à cause de votre problème ?	☐	☐	☐
10 A cause de votre problème, vous êtes-vous senti(e) gêné(e) face à d'autres personnes ?	☐	☐	☐
11 Votre problème est-il augmenté par des mouvements rapides de la tête ?	☐	☐	☐
12 A cause de votre problème, évitez-vous les situations en hauteur (chaise, échelle, balcon) ?	☐	☐	☐
13 Votre problème est-il aggravé lorsque vous vous retournez dans le lit ?	☐	☐	☐
14 A cause de votre problème, est-il difficile de réaliser des efforts intenses à la maison ou dans le jardin ?	☐	☐	☐
15 A cause de votre problème, avez-vous peur que les gens puissent penser que vous êtes ivre ?	☐	☐	☐
16 A cause de votre problème, avez-vous peur de la difficulté à faire une promenade seul(e) ?	☐	☐	☐
17 Votre problème est-il aggravé lorsque vous marchez le long d'un trottoir ?	☐	☐	☐
18 A cause de votre problème, avez-vous de la difficulté à vous concentrer ?	☐	☐	☐
19 La nuit à la maison, avez-vous de la difficulté à marcher sans lumière ?	☐	☐	☐
20 Avez-vous peur de rester seul(e) à la maison, à cause de votre problème ?	☐	☐	☐
21 A cause de votre problème, vous sentez-vous handicapé(e) ?	☐	☐	☐
22 Votre problème est-il source de tensions dans les relations avec les membres de votre famille ou vos amis ?	☐	☐	☐
23 A cause de votre problème, vous sentez-vous déprimé(e) ?	☐	☐	☐
24 Votre problème change-t-il vos responsabilités au travail ou dans votre vie familiale ?	☐	☐	☐
25 Vous pencher en avant aggrave-t-il votre problème ?	☐	☐	☐

A chaque niveau de réponse correspond un nombre de points :

Réponse A : Oui = 4 points,

Réponse B : Parfois = 2 points,

Réponse C : Non = 0 point.

La score total possible s'étend de 0 à 100 points. Entre deux évaluations, un écart supérieur à 18 points³ est nécessaire pour être significatif d'une amélioration ou d'une détérioration de l'état clinique du patient.

Total des réponses A : x4 =

Total des réponses B : x2 =

Score Total A + B =

(1) Jacobson GP, ewman CW. The development of the dizziness handicap inventory. Arch Otolaryngol Head Neck Surgery 1990; 116 : 424-427
(2) Erni C, Gayot JP. Difficultés liées au développement d'une échelle de handicap vestibulaire. Otorhinolaryngol Nova 2000; 10 : 20-24