

## **Indice de Douleurs et d'Incapacité Cervicales (INDIC):** (Version française du Neck Pain and Disability Scale)

### **Références :**

Wlodyka-Demaille S, Poiraudau S, Catanzariti J-F, Rannou F, Fermanian J, Revel M. French translation and validation of 3 functional disability scales for neck pain. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83:376-82. ( Validation en français)

Wheeler AH, Goolkasian P, Baird AC, Darden BV. Development of the Neck Pain and Disability Scale: item analysis, face and criterion-related validity. *Spine* 1999; 24:1290-4.(Article original)

---

**Marquez d'une croix** chacune des échelles horizontales suivantes entre 0 et 100.

Ceci permettra d'évaluer la situation dans laquelle vous vous trouvez, entre la situation normale (le 0) et la pire des situations (le 100).

### **1. Quelle est l'intensité de vos douleurs, aujourd'hui ?**

0 \_\_\_\_\_ 100  
Aucune douleur \_\_\_\_\_ Douleurs très sévères

### **2. Quelle est l'intensité de vos douleurs, en moyenne ?**

0 \_\_\_\_\_ 100  
Aucune douleur \_\_\_\_\_ Douleurs très sévères

### **3. Quelle est l'intensité de la pire de vos douleurs ?**

0 \_\_\_\_\_ 100  
Aucune douleur \_\_\_\_\_ Intolérables

### **4. Vos douleurs perturbent-elles votre sommeil ? (avec ou sans prise médicamenteuse)**

0 \_\_\_\_\_ 100  
Pas du tout \_\_\_\_\_ Impossible de dormir

### **5. Quelle est l'intensité de vos douleurs à la station debout ?**

0 \_\_\_\_\_ 100  
Aucune douleur \_\_\_\_\_ Douleurs très sévères

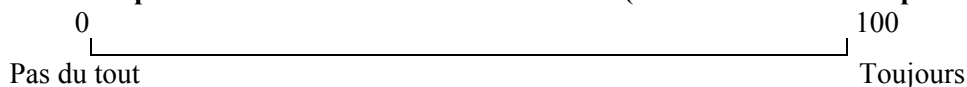
### **6. Quelle est l'intensité de vos douleurs à la marche ?**

0 \_\_\_\_\_ 100  
Aucune douleur \_\_\_\_\_ Douleurs très sévères

### **7. Quel est le retentissement de vos douleurs sur l'utilisation de l'automobile (conducteur ou passager) ?**

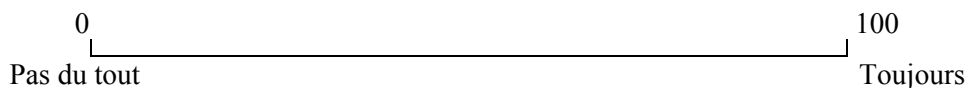
0 \_\_\_\_\_ 100  
Aucun \_\_\_\_\_ Impossible de conduire  
ou d'être conduit

**8. Vos douleurs perturbent-elles vos activités sociales ? (toutes activités extra-professionnelles).**



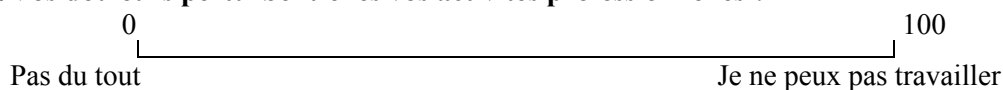
Je ne suis pas concerné car je n'ai pas d'activités sociales.

**9. Vos douleurs perturbent-elles vos activités de loisirs ? (cuisine, sports, activités manuelles ...).**



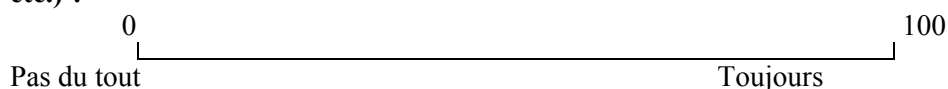
Je ne suis pas concerné car je n'ai pas d'activités de loisirs.

**10. Vos douleurs perturbent-elles vos activités professionnelles ?**

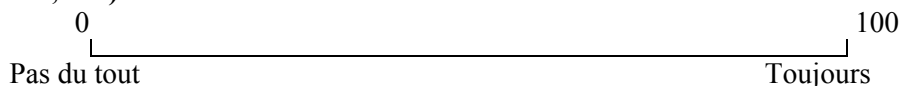


Je ne suis pas concerné car je ne travaille pas (je n'ai jamais travaillé).

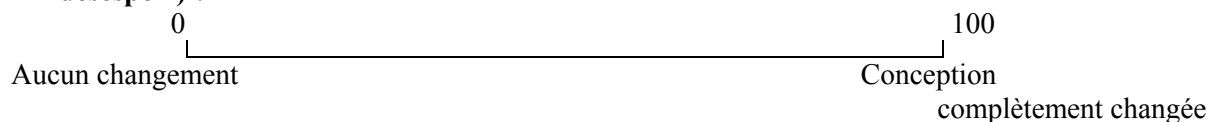
**11. Vos douleurs perturbent-elles vos soins personnels (manger, s'habiller, prendre un bain, etc.) ?**



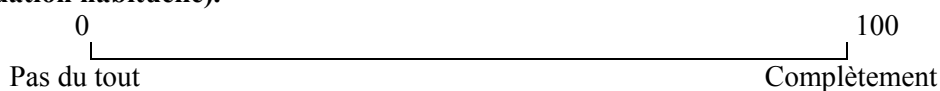
**12. Vos douleurs perturbent-elles vos relations avec les autres (amis, famille, partenaires sexuels, etc.) ?**



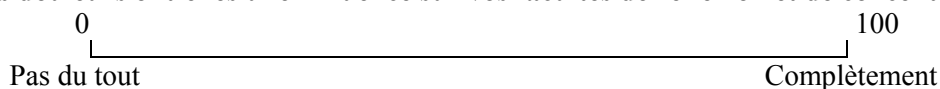
**13. Est-ce que vos douleurs ont changé votre perception de la vie et de l'avenir (dépression, désespoir) ?**



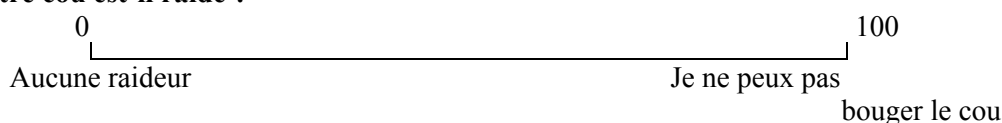
**14. Vos douleurs ont-elles une influence sur vos émotions ? (réaction disproportionnée à une situation habituelle).**

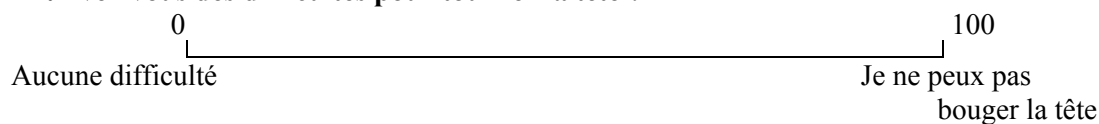
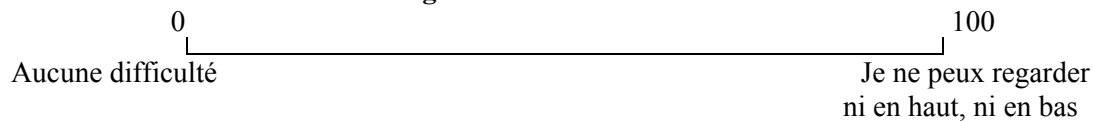
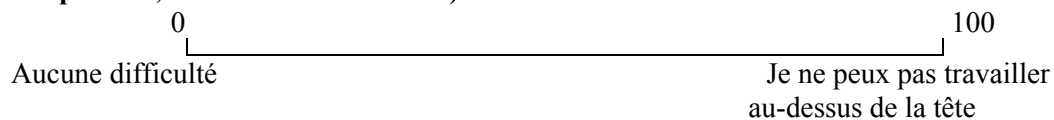


**15. Vos douleurs ont-elles une influence sur vos facultés de réflexion et de concentration ?**

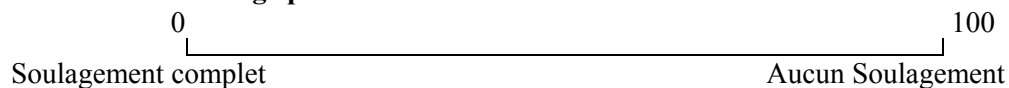


**16. Votre cou est-il raide ?**



**17. Avez-vous des difficultés pour tourner la tête ?****18. Avez-vous des difficultés à regarder en haut ou en bas ?****19. Avez-vous des difficultés à travailler au-dessus de votre tête ? (ranger du linge dans un placard, bricoler en hauteur ...).**

Je ne suis pas concerné car je ne fais jamais ce mouvement.

**20. Etes-vous soulagé par les médicaments contre la douleur ?**

**Merci de vérifier que vous avez répondu à chaque question.**

**SCORE TOTAL :**