QUESTIONNAIRE FROTTEMENTS OCULAIRES

VOUS CONSULTEZ ACTUELLEMENT POUR LE DEPISTAGE OU LE TRAITEMENT D'UN KERATOCONE.
Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'importance des frottements oculaires dans votre vie quotidienne afin de déterminer leur implication dans l'apparition et/ou la progression de la maladie.
Les frottements oculaires sont définis comme des traumatismes mécaniques répétés exercés sur la cornée, directement ou à travers les paupières.

NOM : **Âge :**
Prénom : **Sexe :** □ **M** □ **F**
Date du jour :

Merci de cocher les cases □ pour répondre au questionnaire. Plusieurs réponses sont possibles par question.

A - MODALITES DES FROTTEMENTS OCULAIRES

1. **Vous frottez-vous les yeux ?**

□ Oui, je me frotte actuellement les yeux depuis moins de 2 ans
□ Oui, je me frotte actuellement les yeux depuis plus de 2 ans
□ Non, j'ai totalement arrêté de me frotter les yeux depuis que l'on me l'a recommandé
□ Non, je ne me frotte pas les yeux
□ Je ne sais pas, je dois y réfléchir

2. **A quelle période de votre vie vous frottiez-vous souvent les yeux ?**

□ Enfance (<10 ans)
□ Adolescence (10-20 ans)
□ Jeune Adulte (20-30 ans)
□ Adulte (>30 ans)
□ Je ne sais pas

3. **Selon vous, à quelle fréquence quotidienne vous frottez/frottiez-vous les yeux ?**

□ Exceptionnellement, moins d'une fois par jour
□ Modérément, 1 à 4 fois par jour
□ Souvent, entre 5 et 10 fois par jour
□ Très souvent > 10 fois par jour
□ Je ne sais pas

4. **Vous frottez-vous préférentiellement ?**

□ Les deux yeux
□ L'œil droit plus que l'œil gauche
□ L'œil gauche plus que l'œil droit
□ Seulement l'œil droit
□ Seulement l'œil gauche
□ Je ne sais pas

5. **De quelle durée estimez-vous la période des frottements ?**

□ Courte, n'interrompt pas vos activités
□ Prolongée, induit des pauses dans vos activités sans induire de retard important
□ Longue, induit des pauses importantes pouvant pénaliser vos activités ou votre productivité
□ Je ne sais pas

6. **De quelle manière préférentielle, vous frottez-vous les yeux ?** *(Une seule réponse possible)*

□ Avec la paume de la main (Fig a)
□ Avec l'index (Fig b)
□ Avec les phalanges (Fig c)
□ Avec les ongles (Fig d)
□ Avec les pouces (Fig e)
□ Avec pince « pouce- index » (Fig f)
□ Dos de la main (Fig g)
□ Autre : ……
□ Je ne sais pas

a b c

d e f g

7. **Avec quelle intensité vous frottez-vous les yeux ?** *(Une seule réponse possible)*

□ De manière superficielle (peu intense)
□ De manière modérément intense
□ De manière très intense, en profondeur
□ Je ne sais pas

8. **Quand vous frottez-vous les yeux ?** *(Plusieurs réponses possibles)*

- Le matin au réveil □ Oui □ Non
- Après la douche □ Oui □ Non
- Après le retrait des lentilles □ Oui □ Non
- Pendant un travail numérique intense □ Oui □ Non
- Autre : ……

□ Je ne sais pas

9. **Vos horaires veille/sommeil sont-ils réguliers ?** *(Une seule réponse possible)*

□ Non
□ Oui
□ Je ne sais pas

10. **Travaillez-vous plutôt ?**

□ De jour
□ De nuit
□ Alternance Jour/Nuit

11. **Dormez-vous en appui sur votre œil ?** *(Une seule réponse possible)*

□ En appui sur le coussin (Fig a)
□ En appui sur la main (Fig b)
□ En appui sur l'avant-bras (Fig C)

□ Autre : …..
□ Je ne sais pas

a b c

B - CAUSES DES FROTTEMENTS OCULAIRES

12. **Depuis combien de temps avez-vous notion de votre Kératocône ?**

Depuis ⌊__⌋⌊__⌋ ans et ⌊__⌋⌊__⌋ *[0-12]* mois *(ne pas laisser vide)*

□ Je ne sais pas

13. **Saviez-vous qu'il ne fallait pas se frotter les yeux ?**

□ Oui
□ Non
□ Je ne sais pas

14. **Avez-vous des cas de Kératocône dans votre famille (parents, frères et sœurs, enfants) ?**

□ Oui
□ Non
□ Je ne sais pas

15. **Êtes-vous particulièrement exposé-e à :** *(Plusieurs réponses possibles)*

- Exposition aux particules / poussières □ Oui □ Non
- Froid / vent / soleil / pollens (mode de vie préférentiellement en extérieur) □ Oui □ Non
- Climatisation □ Oui □ Non
- Tabac □ Oui □ Non

□ Aucune exposition
□ Je ne sais pas

16. **Avez-vous des allergies ?**

□ Non
□ Oui

- Conjonctivites allergique □ Oui □ Non
- Asthme □ Oui □ Non
- Eczéma □ Oui □ Non
- Urticaire □ Oui □ Non
- Rhinite/rhume des foins □ Oui □ Non

□ Je ne sais pas

17. **Nombre d'heures par jour sur écran (smartphone, télévision, tablettes, ordinateur) ?** *(Une seule réponse possible)*

□ Rarement exposé-e
□ Moins de 2 heures
□ Entre 2 et 4 heures
□ Entre 4 et 8 heures
□ Plus de 8 heures
□ Je ne sais pas

C - QUALITE DE VISION ET RETENTISSEMENTS DU KERATOCONE

18. **Votre vision est-elle, selon vous** *(avec l'aide optique si vous en avez une, sinon sans) :*
(*Une seule réponse possible)*

□ Bonne
□ Satisfaisante
□ Insuffisante
□ Médiocre

19. **Voyez-vous moins bien d'un œil ?** *(Une seule réponse possible)*

□ Non
□ Oui, je vois moins bien avec l'œil droit
□ Oui, je vois moins bien avec l'œil gauche
□ Je ne sais pas

20. **Êtes-vous particulièrement gêné la nuit ?** *(Plusieurs réponses possibles)*

□ Non
□ Oui :

- Les images sont dédoublées □ Oui □ Non
- Je vois des halos (cercles lumineux autour des lumières, exemple ci-dessous) □ Oui □Non
- Je vois des irisations gênantes (étoiles) □ Oui □ Non

□ Je ne sais pas

21. **La conduite automobile de nuit est-elle difficile pour vous à cause d'une mauvaise vision ?** *(Une seule réponse possible)*

□ Non
□ Oui
□ Je ne conduis pas / je ne conduis plus
□ Je ne sais pas

22. **Plissez-vous souvent les yeux pour mieux voir ?**

□ Non
□ Oui
□ Je ne sais pas

23. **Pensez-vous que le Kératocône limite vos activités** *(Plusieurs réponses possibles)*

- Limite vos activités	□ Oui	□ Non
- Freine vos études	□ Oui	□ Non
- Limite vos performances au travail	□ Oui	□ Non
- Vous attriste	□ Oui	□ Non
- Nuit à vos relations sociales	□ Oui	□ Non
- Est très supportable	□ Oui	□ Non
- Est un handicap évident	□ Oui	□ Non
- Est difficilement supportable	□ Oui	□ Non