

## QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE

### DES FROTTEMENTS OU MICROTRAUMATISMES OCULAIRES REPETES

Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'importance des frottements et microtraumatismes oculaires dans votre vie quotidienne. Les frottements et microtraumatismes oculaires sont définis comme des traumatismes mécaniques répétés exercés sur la cornée, à travers les paupières.

#### MODALITES DES FROTTEMENTS OU MICROTRAUMATISMES OCULAIRES

##### 1. Vous frottez-vous les yeux actuellement ?

*Réponse unique*

- ☐ Oui, je me frotte les yeux depuis moins de 2 ans
- ☐ Oui, je me frotte 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

##### 2. A quelle(s) période(s) de votre vie, vous êtes-vous frotté les yeux ?

*Plusieurs réponses possibles*

- ☐ Dans mon enfance (4-12 ans)
- ☐ Dans mon adolescence (13-18 ans)
- ☐ Après mes 18 ans
- ☐ Je ne me suis jamais frotté les yeux
- ☐ Je ne sais pas

##### 3. Comment vous frottez/frottiez-vous les yeux ?

*Plusieurs réponses possibles*

- ☐ Avec la paume de la main (Fig a)
- ☐ Avec l'index (Fig b)
- ☐ Avec les poings (Fig c)
- ☐ Avec le bout des doigts (Fig d)
- ☐ Avec les pouces (Fig e)
- ☐ Avec la pince « pouce- index » (Fig f)
- ☐ Avec le dos de la main (Fig g)
- ☐ Je ne me frotte pas les yeux/Je ne me suis jamais frotté les yeux
- ☐ Je ne sais pas



a

b

c



d

e

f

g

##### 4. A quelle fréquence quotidienne vous frottez/frottiez-vous les yeux ?

*Réponse unique*

- ☐ Rarement, pas tous les jours
- ☐ Modérément, 1 à 3 fois par jour
- ☐ Souvent, entre 4 et 10 fois par jour
- ☐ Très souvent, plus de 10 fois par jour
- ☐ Je ne me frotte pas les yeux/Je ne me suis jamais frotté les yeux
- ☐ Je ne sais pas

##### 5. A quel(s) moment(s) vous frottez/frottiez-vous les yeux ?

*Plusieurs réponses possibles*

- ☐ Le matin
- ☐ Le soir
- ☐ La nuit
- ☐ Durant le sommeil
- ☐ Tout au long de la journée
- ☐ Pendant ou après la douche
- ☐ Après le retrait des lentilles
- ☐ Je ne me frotte pas les yeux/Je ne me suis jamais frotté les yeux
- ☐ Je ne sais pas

##### 6. Pourquoi vous frottez/frottiez-vous les yeux ?

*Plusieurs réponses possibles*

- ☐ Parce que j'ai les yeux irrités : démangeaisons, allergies, sécheresse
- ☐ Pour mieux voir
- ☐ Après / pendant un travail sur écran
- ☐ Quand j'ai les yeux fatigués
- ☐ Quand je suis particulièrement stressé(e)
- ☐ Par intolérance de mes lentilles
- ☐ Parce que c'est agréable / pour me soulager
- ☐ Inconsciemment (mon entourage le dit)
- ☐ Je ne me frotte pas les yeux/Je ne me suis jamais frotté les yeux
- ☐ Je ne sais pas

7. **Dormez-vous avec la main (a), ou l'avant-bras (b) ou le bras (c) au contact de l'œil (compression) ?**

*Réponse unique*

- ☐ Non
- ☐ Oui, plutôt côté droit
- ☐ Oui, plutôt côté gauche
- ☐ Je ne sais pas



a

b

c

## CAUSES DES FROTTEMENTS OU MICROTRAUMATISMES OCULAIRES

8. **Travaillez-vous de nuit ?**

*Réponse unique*

- ☐ Non
- ☐ Oui, souvent
- ☐ Oui, parfois

9. **Souffrez-vous d'apnée du sommeil ou de ronflements ?**

*Réponse unique*

- ☐ Non
- ☐ Oui
- ☐ Je ne sais pas

10. **Avez-vous des personnes atteintes de kératocône dans votre famille (parents, fratrie, enfants) ?**

*Réponse unique*

- ☐ Non
- ☐ Oui
- ☐ Je ne sais pas

11. **Avez-vous un terrain allergique (conjonctivite, asthme, rhinite, eczéma, réaction à certains médicaments ou aliments...) ?**

*Réponse unique*

- ☐ Non
- ☐ Oui
- ☐ Je ne sais pas

## QUALITE DE VISION

12. **Votre vision de loin avec lunettes ou lentilles si vous en avez, sans rien sinon ; est-elle ?**

*Réponse unique*

- ☐ Bonne
- ☐ Moyenne
- ☐ Mauvaise
- ☐ Très mauvaise

13. **Voyez-vous moins bien d'un œil ?**

*Réponse unique*

- ☐ Non
- ☐ Oui, je vois moins bien de l'œil droit
- ☐ Oui, je vois moins bien de l'œil gauche
- ☐ Je ne sais pas

14. **La conduite automobile de nuit est-elle difficile, ou impossible à cause de votre vision ?**

*Réponse unique*

- ☐ Non
- ☐ Oui
- ☐ Je ne conduis pas

15. **Votre vue (ou vision) :**

*Plusieurs réponses possibles*

- ☐ N'a pas d'impact sur votre quotidien
- ☐ Limite vos activités
- ☐ Freine vos études
- ☐ Limite votre performance au travail
- ☐ Affecte votre moral
- ☐ Je ne sais pas

## MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !

Ce questionnaire vous a été proposé par le réseau des centres nationaux de référence des kératopathies rares (CRNK).

Coordonnées du centre distributeur

Vidéo  
d'information  
« Ne te frotte  
pas les  
yeux ! »

