

# QUESTIONNAIRE SUR LA VISION

**NOM DU PATIENT :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**DATE DU JOUR :**

## **A REMETTRE AU**

**Centre d'Investigation Clinique**

**SERVICE DU PR SAHEL**

**CHNO DES QUINZE-VINGTS**

**28, RUE DE CHARENTON**

**75012 PARIS**

Le questionnaire suivant concerne vos problèmes et vos sentiments résultant de l'affection qui touche votre vue. A chaque question, vous êtes invité(e) à choisir la réponse qui correspondra le mieux à votre situation.

Prenez autant de temps que nécessaire pour répondre à chaque question. Toutes vos réponses sont confidentielles. Pour que cette étude reflète au mieux vos problèmes visuels et leurs conséquences au niveau de votre vie quotidienne, vos réponses doivent être aussi précises que possible.

Rappelez-vous constamment que si vous êtes porteur de lunettes ou de lentilles de contact vous devez répondre aux questions comme si vous les portiez.

## **A PROPOS DE LA CONFIDENTIALITÉ :**

Toute information qui pourrait permettre l'identification de toute personne ayant complété ce questionnaire est strictement confidentielle. L'information ne sera utilisée que pour notre étude et ne sera pas divulguée pour d'autres raisons sans votre accord préalable, en conformité avec les textes légaux.

## **INSTRUCTIONS :**

1. En général, il est préférable que les patients répondent aux questions eux-mêmes. Si vous sentez que vous avez besoin d'aide, vous êtes invité(e) à demander de l'assistance à l'un des membres de l'équipe impliqué dans l'étude qui vous aidera.
2. Essayez de répondre à toutes les questions (sauf s'il vous est demandé de ne pas répondre à une question qui ne vous concerne pas).
3. Répondez à chaque question par une seule réponse, en encerclant le chiffre approprié.
4. Si vous ne savez pas quelle réponse choisir, entourez celle qui se rapproche le plus de votre situation et inscrivez un commentaire dans la marge.
5. Ramenez le questionnaire le jour de votre rendez-vous à l'hôpital.
6. Si vous avez la moindre question, n'hésitez pas à demander à un membre de l'équipe qui sera heureux de vous aider.

# QUESTIONNAIRE SUR LA FONCTION VISUELLE

Pour chaque question, il faut répondre en entourant le numéro en face de la réponse qui vous convient.

## PARTIE 1 : ETAT GENERAL ET VISION

1. Globalement, diriez-vous que votre état général est :

- Excellent \_\_\_\_\_ 1
- Très bon \_\_\_\_\_ 2
- Bon \_\_\_\_\_ 3
- Faible \_\_\_\_\_ 4
- Mauvais \_\_\_\_\_ 5

2. En ce moment, diriez-vous que votre vue, avec les deux yeux (avec vos lunettes ou lentilles de contact, si vous en portez) est :

- Excellente \_\_\_\_\_ 1
- Bonne \_\_\_\_\_ 2
- Moyenne \_\_\_\_\_ 3
- Faible \_\_\_\_\_ 4
- Très faible \_\_\_\_\_ 5
- Complètement aveugle \_\_\_\_\_ 6

3. Vous inquiétez-vous de votre vue ?

- Jamais \_\_\_\_\_ 1
- Très rarement \_\_\_\_\_ 2
- De temps en temps \_\_\_\_\_ 3
- La plupart du temps \_\_\_\_\_ 4
- Tout le temps \_\_\_\_\_ 5

4. Avez-vous eu des douleurs ou une gêne au niveau des yeux ou autour ?  
(par exemple des brûlures ou démangeaisons)

- Aucune \_\_\_\_\_ 1
- Légère \_\_\_\_\_ 2
- Modérée \_\_\_\_\_ 3
- Forte \_\_\_\_\_ 4
- Très forte \_\_\_\_\_ 5

## PARTIE 2 : DIFFICULTÉS DANS VOS ACTIVITES

Les questions suivantes portent sur les difficultés que vous pouvez rencontrer dans certaines activités, avec vos lunettes ou vos lentilles de contact si vous les mettez pendant ces activités.

5. Avez-vous du mal à lire les imprimés ordinaires ou les journaux ?

- Pas du tout \_\_\_\_\_ 1
- Un peu \_\_\_\_\_ 2
- Moyennement \_\_\_\_\_ 3
- Enormément \_\_\_\_\_ 4
- Vous ne le faites plus à cause de votre vue \_\_\_\_ 5
- Vous ne le faites plus pour d'autres raisons  
ou cela ne vous intéresse pas \_\_\_\_\_ 6

6. Avez-vous du mal à faire certaines tâches ou loisirs qui exigent une bonne vue de près comme cuisiner, coudre, décorer les murs de la maison, ou utiliser des outils manuels ?

- Pas du tout \_\_\_\_\_ 1
- Un peu \_\_\_\_\_ 2
- Moyennement \_\_\_\_\_ 3
- Enormément \_\_\_\_\_ 4
- Vous ne le faites plus à cause de votre vue \_\_\_\_ 5
- Vous ne le faites plus pour d'autres raisons  
ou cela ne vous intéresse pas \_\_\_\_\_ 6

7. A cause de votre vue, avez-vous du mal à retrouver quelque chose au milieu d'une étagère encombrée ?

- Pas du tout \_\_\_\_\_ 1
- Un peu \_\_\_\_\_ 2
- Moyennement \_\_\_\_\_ 3
- Enormément \_\_\_\_\_ 4
- Vous ne le faites plus à cause de votre vue \_\_\_\_ 5
- Vous ne le faites plus pour d'autres raisons  
ou cela ne vous intéresse pas \_\_\_\_\_ 6

8. Avez-vous du mal à lire les noms et numéros de rue ou les noms des magasins ?

- Pas du tout \_\_\_\_\_ 1
- Un peu \_\_\_\_\_ 2
- Moyennement \_\_\_\_\_ 3
- Enormément \_\_\_\_\_ 4
- Vous ne le faites plus à cause de votre vue \_\_\_\_ 5
- Vous ne le faites plus pour d'autres raisons  
ou cela ne vous intéresse pas \_\_\_\_\_ 6

9. A cause de votre vue, avez-vous du mal à descendre des marches, un escalier ou un trottoir dans la pénombre ou la nuit ?

- Pas du tout \_\_\_\_\_ 1
- Un peu \_\_\_\_\_ 2
- Moyennement \_\_\_\_\_ 3
- Enormément \_\_\_\_\_ 4
- Vous ne le faites plus à cause de votre vue \_\_\_\_ 5
- Vous ne le faites plus pour d'autres raisons  
ou cela ne vous intéresse pas \_\_\_\_\_ 6

10. A cause de votre vue, avez-vous du mal à percevoir des objets situés sur les côtés lorsque vous marchez tout droit ?

- Pas du tout \_\_\_\_\_ 1
- Un peu \_\_\_\_\_ 2
- Moyennement \_\_\_\_\_ 3
- Enormément \_\_\_\_\_ 4
- Vous ne le faites plus à cause de votre vue \_\_\_\_ 5
- Vous ne le faites plus pour d'autres raisons  
ou cela ne vous intéresse pas \_\_\_\_\_ 6

11. A cause de votre vue, avez-vous du mal à voir comment les gens réagissent à ce que vous dites ?

- Pas du tout \_\_\_\_\_ 1
- Un peu \_\_\_\_\_ 2
- Moyennement \_\_\_\_\_ 3
- Enormément \_\_\_\_\_ 4
- Vous ne le faites plus à cause de votre vue \_\_\_\_ 5
- Vous ne le faites plus pour d'autres raisons  
ou cela ne vous intéresse pas \_\_\_\_\_ 6

12. A cause de votre vue, avez-vous du mal à choisir vos vêtements et à les assortir ?

- Pas du tout \_\_\_\_\_ 1
- Un peu \_\_\_\_\_ 2
- Moyennement \_\_\_\_\_ 3
- Enormément \_\_\_\_\_ 4
- Vous ne le faites plus à cause de votre vue \_\_\_\_ 5
- Vous ne le faites plus pour d'autres raisons  
ou cela ne vous intéresse pas \_\_\_\_\_ 6

13. A cause de votre vue, avez-vous du mal à rendre des visites à des gens, à aller au restaurant ou à des soirées ?

- Pas du tout \_\_\_\_\_ 1
- Un peu \_\_\_\_\_ 2
- Moyennement \_\_\_\_\_ 3
- Enormément \_\_\_\_\_ 4
- Vous ne le faites plus à cause de votre vue \_\_\_\_ 5
- Vous ne le faites plus pour d'autres raisons  
ou cela ne vous intéresse pas \_\_\_\_\_ 6

14. A cause de votre vue, avez-vous du mal à sortir, aller voir un film, un spectacle ou un événement sportif ?

- Pas du tout \_\_\_\_\_ 1
- Un peu \_\_\_\_\_ 2
- Moyennement \_\_\_\_\_ 3
- Enormément \_\_\_\_\_ 4
- Vous ne le faites plus à cause de votre vue \_\_\_\_ 5
- Vous ne le faites plus pour d'autres raisons  
ou cela ne vous intéresse pas \_\_\_\_\_ 6

15. Conduisez-vous actuellement, au moins de temps en temps ?

- OUI \_\_\_\_\_ 1 (Allez à Q15c)
- NON \_\_\_\_\_ 2

.15a. Si NON : Avez-vous déjà conduit une voiture et avez-vous cessé de le faire ?

Jamais conduit \_\_\_\_\_ 1 (Allez à Q17)  
Cessé de conduire \_\_\_\_\_ 2

.15b. Si vous avez cessé de conduire : c'est surtout à cause de votre vue, c'est surtout pour d'autres raisons ou c'est en même temps à cause de votre vue et pour d'autres raisons ?

C'est surtout à cause de ma vue \_\_\_\_\_ 1 (Allez à Q17)  
C'est surtout pour d'autres raisons \_\_\_\_\_ 2 (Allez à Q17)  
Pour les deux \_\_\_\_\_ 3 (Allez à Q17)

.15c. Si vous conduisez actuellement : avez-vous du mal à conduire de jour dans les endroits familiers ?

Pas du tout \_\_\_\_\_ 1  
Un peu \_\_\_\_\_ 2  
Moyennement \_\_\_\_\_ 3  
Enormément \_\_\_\_\_ 4

16. Avez-vous du mal à conduire de nuit ?

Pas du tout \_\_\_\_\_ 1  
Un peu \_\_\_\_\_ 2  
Moyennement \_\_\_\_\_ 3  
Enormément \_\_\_\_\_ 4  
Vous ne le faites plus à cause de votre vue \_\_\_\_ 5  
Vous ne le faites plus pour d'autres raisons  
ou cela ne vous intéresse pas \_\_\_\_\_ 6



### PARTIE 3 : REACTIONS A VOS PROBLEMES DE VUE

Les questions suivantes portent sur ce qui vous arrive peut-être à cause de votre vue. Entourez le chiffre qui correspond à votre situation.

Lisez les catégories ci-dessous :	Tout le temps	La plupart du temps	De temps en temps	Rarement	Jamais
17. Faites-vous moins de choses que vous ne le voudriez à cause de votre vue ?	1	2	3	4	5
18. Vous arrive-t-il de cesser de travailler ou de faire quelque chose à cause de votre vue ?	1	2	3	4	5
19. Les douleurs ou la gêne ressentie(s) dans les yeux ou autour des yeux vous empêchent-elles de faire ce que vous aimeriez faire ?	1	2	3	4	5

Pour chacune des situations suivantes, entourez le chiffre qui correspond à votre situation:

	Toujours vrai	Souvent vrai	Pas sûr	Souvent faux	Toujours faux
20. Je reste chez moi la plupart du temps à cause de ma vue	1	2	3	4	5
21. Je me sens souvent contrarié(e) et insatisfait(e) à cause de ma vue	1	2	3	4	5
22. Je maîtrise beaucoup moins bien ce que je fais à cause de ma vue	1	2	3	4	5
23. A cause de ma vue, je dois trop compter sur ce que me disent les autres	1	2	3	4	5
24. J'ai beaucoup besoin de l'aide des autres à cause de ma vue.	1	2	3	4	5
25. J'ai peur de faire des choses qui pourraient m'embarrasser moi-même ou les autres à cause de ma vue.	1	2	3	4	5

# **QUESTIONS SUPPLEMENTAIRES OPTIONNELLES**

## **Section état général**

.A1. Comment classeriez-vous votre état général sur une échelle où zéro représente un état général très mauvais et 10 une excellente santé.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Très mauvais Excellent

## **Section Vision en général**

.A2. Comment classeriez-vous votre vue actuellement (avec vos lunettes ou lentilles de contact si vous en portez) sur une échelle de 0 à 10, où zéro représente la pire acuité visuelle possible (cécité) et 10 la meilleure acuité visuelle possible

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Pire Meilleure

## **Section Vision de près**

.A3. Avec vos lunettes ou lentilles, si vous en portez, avez-vous des difficultés pour lire les petits caractères sur un annuaire téléphonique, sur les boîtes de médicaments ou sur les documents administratifs ?

Pas du tout \_\_\_\_\_ 1  
Un peu \_\_\_\_\_ 2  
Moyennement \_\_\_\_\_ 3  
Enormément \_\_\_\_\_ 4  
Vous ne le faites plus à cause de votre vue \_\_\_\_ 5  
Vous ne le faites plus pour d'autres raisons  
ou cela ne vous intéresse pas \_\_\_\_\_ 6

.A4. A cause de votre vue, avez-vous des difficultés pour vérifier vos factures ?

Pas du tout \_\_\_\_\_ 1  
Un peu \_\_\_\_\_ 2  
Moyennement \_\_\_\_\_ 3  
Enormément \_\_\_\_\_ 4  
Vous ne le faites plus à cause de votre vue 5  
Vous ne le faites plus pour d'autres raisons  
ou cela ne vous intéresse pas \_\_\_\_\_ 6

.A5. A cause de votre vue, avez-vous des difficultés pour vous raser, vous coiffer ou vous maquiller ?

Pas du tout \_\_\_\_\_ 1  
Un peu \_\_\_\_\_ 2  
Moyennement \_\_\_\_\_ 3  
Enormément \_\_\_\_\_ 4  
Vous ne le faites plus à cause de votre vue 5  
Vous ne le faites plus pour d'autres raisons  
ou cela ne vous intéresse pas \_\_\_\_\_ 6

.A6. A cause de votre vue, avez-vous des difficultés pour reconnaître des personnes que vous connaissez dans une pièce ?

Pas du tout \_\_\_\_\_ 1  
Un peu \_\_\_\_\_ 2  
Moyennement \_\_\_\_\_ 3  
Enormément \_\_\_\_\_ 4  
Vous ne le faites plus à cause de votre vue 5  
Vous ne le faites plus pour d'autres raisons  
ou cela ne vous intéresse pas \_\_\_\_\_ 6

.A7. A cause de votre vue, avez-vous des difficultés pour pratiquer une activité sportive ou une autre activité de plein air que vous aimez (comme la marche à pied, le jogging, le vélo...)?

Pas du tout	_____	1
Un peu	_____	2
Moyennement	_____	3
Enormément	_____	4
Vous ne le faites plus à cause de votre vue	_____	5
Vous ne le faites plus pour d'autres raisons ou cela ne vous intéresse pas	_____	6

.A8. A cause de votre vue, avez-vous des difficultés pour regarder et apprécier les programmes de télévision ?

Pas du tout	_____	1
Un peu	_____	2
Moyennement	_____	3
Enormément	_____	4
Vous ne le faites plus à cause de votre vue	_____	5
Vous ne le faites plus pour d'autres raisons ou cela ne vous intéresse pas	_____	6

.A9. A cause de votre vue, avez-vous des difficultés pour recevoir des parents et des amis chez vous ?

Pas du tout	_____	1
Un peu	_____	2
Moyennement	_____	3
Enormément	_____	4
Vous ne le faites plus à cause de votre vue	_____	5
Vous ne le faites plus pour d'autres raisons ou cela ne vous intéresse pas	_____	6

## **Section conduite automobile**

.A10. Avez-vous des difficultés pour conduire dans des conditions délicates, comme en cas de mauvais temps, pendant les heures de pointe, sur l'autoroute ou en ville ?

- Pas du tout \_\_\_\_\_ 1  
Un peu \_\_\_\_\_ 2  
Moyennement \_\_\_\_\_ 3  
Enormément \_\_\_\_\_ 4  
Vous ne le faites plus à cause de votre vue \_\_\_\_ 5  
Vous ne le faites plus pour d'autres raisons  
ou cela ne vous intéresse pas \_\_\_\_\_ 6

## **Section bien être/Gêne et Dépendance**

.A11. Les questions suivantes sont en rapport avec les choses que vous pouvez être amené(e) à faire du fait de votre vue. Pour chaque item, entourez le chiffre qui, pour vous, indique dans quel cas c'est vrai tout le temps, la plupart du temps, de temps en temps, rarement ou jamais.

	Tout le temps	La plupart du temps	De temps en temps	Rarement	Jamais
a. Recevez-vous plus d'aide de la part des autres à cause de votre vue ?	1	2	3	4	5
b. Etes-vous limité dans vos possibilités de faire certaines choses à cause de votre vue ?	1	2	3	4	5

Les questions suivantes portent sur la façon dont vous vous comportez à cause de votre vue. Pour chaque item entourez le chiffre qui indique dans votre cas si c'est toujours vrai, souvent vrai, souvent faux, toujours faux, ou si vous ne savez pas.

	Toujours vrai	Souvent vrai	Pas sûr	Souvent faux	Toujours faux
A.12. Je suis souvent irritable à cause de ma vue	1	2	3	4	5
A.13. Je ne sors pas de chez moi à cause de ma vue.	1	2	3	4	5