

**Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**

**République du Mali
Un Peuple --Un But-- Une Foi**

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire 2020-2021

N°...../2021

TITRE

**EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS
OPERES DE CATARACTE AU CHU-IOTA**

**Mémoire de fin d'études pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées
(DES) en Ophtalmologie**

Présenté Par :

Docteur Marcel TEMBELY

Jury:

President: Pr Samba Karim TIMBO

Membres : Pr Lamine TRAORE

Pr Adama I. GUINDO

Directrice de mémoire : Pr Fatoumata SYLLA

Co-directeur de mémoire : Dr Gouno SAYE

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

Dédicaces

Je dédie ce travail :

A l'Eternel DIEU Tout Puissant et le Très-Miséricordieux de m'avoir donné la santé et le courage de venir à bout de cette formation.

A ma famille, elle qui m'a doté d'une éducation digne, son amour a fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Remerciements :

La réalisation de ce mémoire me donne l'occasion d'exprimer toute ma reconnaissance:

A mes maitres et encadreurs du CHU-IOTA pour l'encadrement, la patience et la qualité de la formation ;

Aux membres du jury ;

A tous ces intervenants, je présente mes remerciements, mon respect et ma gratitude ;

A mes amis, mes proches pour tous vos soutiens, à qui nous souhaitons plus de succès;

A mes collègues de la promotion pour les 4 ans passés ensemble ;

A toutes les promotions D.E.S, A.M.O, Optométrie du CHU-IOTA ;

A tout le personnel du CHU-IOTA pour votre disponibilité ;

A tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin pour l'élaboration de ce mémoire;

Puisse Dieu leur accorde santé, succès et longévité.

SIGLES ET ABREVIATIONS

Sigles et abréviations

AV : Acuité Visuelle

AVL ac : Acuité Visuelle de Loin Avec Meilleure Correction

AVL sc : Acuité Visuelle de Loin Sans Correction

CHU : Centre Hospitalier-universitaire

DES: Diplôme d'Etude Spécialisée

EEC+ICP : Extraction Extra-Capsulaire + Implantation en Chambre Postérieure

ISO : Infirmier Spécialisé en Ophtalmologie

IOTA : Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique

NEI-VFQ : National Eye Institute Visual Function Questionnaire

O.C.C.G.E : Organisation de Coopération et de Coordination pour la Lutte contre les Grandes Endémies

OOAS : Organisation Ouest Africaine de Santé

OD : Œil droit

OG : Œil gauche

ODG : Œil droit et gauche

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PhacoA+ICP : Phacoalternative + Implantation en Chambre Postérieure

PhacoE+ICP : PhacoEmulsification + Implantation en Chambre Postérieure

PNVO : Profession nécessitant une vision optimale

PNNVO : Profession ne nécessitant pas une vision optimale

QDV : Qualité de vie

VF-14 : Visual function

W.A.H.C : West African Health Community

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Liste des tableaux et des figures	Page
Tableau 1 : Table de score liée aux différents items	9
Tableau 2 : Répartition des patients selon l'âge	10
Tableau 3 : Répartition des patients selon la profession	11
Tableau 4 : Répartition des patients selon l'acuité visuelle de loin sans correction avant l'opération	11
Tableau 5 : Répartition des patients selon la technique opératoire	12
Tableau 6 : Répartition de patients selon les complications peropératoire	13
Tableau 7 : Répartition des patients selon l'acuité visuelle de loin sans correction après opération.....	14
Tableau 8 : Répartition des patients selon l'acuité visuelle de loin avec meilleure correction après opération.....	15
Tableau 9 : Répartition des patients selon l'acuité visuelle de près avec meilleure correction après opération	16
Tableau 10 : Répartition des patients selon les complications postopératoires à J30.....	17
Tableau 11 : Répartition des patients selon les résultats de l'évolution de la qualité de vie sur l'ensemble de la population par domaine avant et après chirurgie de cataracte.....	18
Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe.....	10
Figure 2 : Répartition des patients selon les antécédents.....	12
Figure 3 : Répartition des patients selon les signes psychologiques	13

SOMMAIRE

Sommaire	Page
I. Introduction.....	1
II. Objectifs.....	3
III. Patients et Méthode	4
IV. Résultats	10
V. Commentaires et Discussions	20
Conclusion.....	26
Recommandation.....	27
Références	29
Annexes.....	32

I. INTRODUCTION

Le concept de la qualité de vie (QDV) peut être défini comme l'ensemble des conditions qui contribuent à rendre la vie agréable et/ou facile et/ou confortable. Ces conditions comprennent pour un individu donné, la qualité de l'environnement naturel, la qualité du logement, les ressources matérielles, la qualité de l'environnement familial, les relations sociales, le niveau d'études, l'adaptation au monde environnant, ainsi que d'autres facteurs, mais aussi et surtout, l'état de santé [1].

L'OMS a défini, en 1993, la QDV comme étant la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, leurs attentes, leurs normes et leurs préoccupations.

Il s'agit d'un concept large, qui intègre la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement [2].

La cataracte a été la première à entrer dans le champ d'investigation de la QDV en ophtalmologie et continue d'y générer de nombreuses études cliniques. L'intérêt porté à cette pathologie peut s'expliquer essentiellement par sa grande fréquence, son impact négatif considérable sur la QDV des patients en l'absence de traitement, mais aussi et surtout par l'existence d'une prise en charge chirurgicale efficace et de plus en plus sûre, dont l'impact sur la QDV est le plus souvent évident.

La cataracte est l'une des principales causes de détérioration de la fonction visuelle, puisqu'il y aurait dans le monde plus de 50 millions de personnes qui en seraient affecté

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la cataracte est la principale cause de cécité dans le monde près de 200 millions de personnes dans le monde sont aujourd'hui atteinte de cécité ou d'une déficience de la vision de loin avec la correction portée, modérée à sévère causée par la cataracte ou par des troubles de la réfraction non corrigés [3].

Elle est donc la grande priorité de la plupart des programmes visant à atteindre les objectifs de « Vision 2020 », dont le principal objectif consiste à améliorer l'accès à la chirurgie de la cataracte [4].

En Afrique, selon l'OMS, la cataracte serait responsable de 60% des cas de cécité dans la sous-région en Afrique, soit quelque 1,2 millions de personnes [5].

Dans notre pays le Mali, on estime la prévalence de cécité à 1,2 % ; ceci correspond à 12000000 aveugles dont 120 000, du fait de la cataracte [6].

De nos jours, de nombreuses études s'intéressent à la qualité de vie (QDV) relative à la santé et en ophtalmologie avec un instrument de mesure: le NEI-VFQ 25 (questionnaire) qui est une échelle d'origine américaine le NEI-VFQ 51, développé dans les années 1990 tentent de la définir et de la mesurer [7].

La spécificité de l'étude de la qualité de vie propre à la cataracte aurait un grand apport dans les stratégies de prise en charge et d'évaluation du traitement chirurgical ainsi que le niveau de sa vie socio-professionnelle.

D'où l'intérêt de mener cette étude qui a pour but d'évaluer la qualité de vie chez les sujets opérés de cataracte au CHU-IOTA.

II. LES OBJECTIFS

✓ Objectif général :

- Evaluer la qualité de vie des patients opérés de cataracte au CHU-IOTA.

✓ Objectifs spécifiques :

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patients opérés de cataracte au CHU-IOTA
- Déterminer les facteurs influençant de la qualité de vie des patients opérés de cataracte au CHU-IOTA
- Classifier la qualité de vie avant et après chirurgie de la cataracte au CHU-IOTA.

III. PATIENTS ET MÉTHODES

1. Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Universitaire de l'Institut Ophtalmologique Tropicale d'Afrique.

2. Type et durée de l'étude

Il s'agissait d'une étude prospective transversale monocentrique de 06 mois allant du 1^{er} janvier 2021 au 31 juin 2021.

3. Population d'étude

Tous les patients reçus dans les boxes de consultations dont le diagnostic de cataracte sénile bilatérale avec une acuité visuelle inférieure ou égale à $3/10^{\text{ème}}$ a été retenu durant la période d'étude.

4. Echantillonnage

Notre échantillonnage était obtenu par le recrutement direct durant la période de notre collecte de données.

5. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude, tous les patients présentant une cataracte sénile bilatérale avec une acuité visuelle inférieure ou égale à $3/10^{\text{ème}}$, opérés des deux yeux en ambulatoire ou hospitalisé au CHU-IOTA et ayant accepté de participer à l'étude.

6. Critères de non-inclusion :

Cataracte sénile unilatérale, cataracte traumatique, cataracte pathologique, cataracte compliqué, cataracte congénitale,

Patient présentant une autre comorbidité oculaire comme les cataractes et pathologies de surfaces oculaire, pathologies vitréennes, pathologies rétiniennes, pathologies maculaires, pathologies du nerf optique,

Patient non consentant.

7. Variables étudiées

7.1. Variables sociodémographiques

Age, sexe, résidence, profession

7.2. Variables cliniques avant l'opération :

Acuité visuelle de loin sans correction (AVLsc), les ATCD.

7.3. Variables cliniques pendant l'opération :

Les signes psychologiques, la technique opératoire, les complications peropératoires.

7.4. Variables cliniques postopératoire à J30

Acuité visuelle de loin sans correction post opératoire à J30 (AVLsc), acuité visuelle de loin avec la meilleure correction postopératoire à J30 (AVLac), acuité visuelle de près avec la meilleure correction(AVPac), les complications postopératoire à J30.

7.5. Evaluation qualité de vie :

Evolution du score qualité de vie domaine étudiée avant chirurgie de cataracte :

La santé générale, la vision générale, la douleurs oculaires, les activités en vision de près, les activités en vision de loin, l'influence de la vision sur la vie sociale ou fonction sociale, l'influence de la vision sur la santé mentale, le handicap spécifique à la vision ou les difficultés en rapport avec la vision, l'influence de la vision sur l'autonomie ou la dépendance, la conduite du jour et nuit, la vision des couleurs, la vision périphérique.

Evolution du score qualité de vie domaine étudiée après chirurgie de cataracte :

La santé générale, la vision générale, la douleurs oculaires, les activités en vision de près, les activités en vision de loin, l'influence de la vision sur la vie sociale ou fonction sociale, l'influence de la vision sur la santé mentale, le handicap spécifique à la vision ou les difficultés en rapport avec la vision, l'influence de la vision sur l'autonomie ou la dépendance, la conduite du jour et nuit, la vision des couleurs, la vision périphérique.

8. Méthodes utilisés

□ Support de collecte des données

Les données étaient recueillies sur une fiche de question préétablie. L'entretien était fait en privé avec chaque malade où les questions étaient posées en français ou en langue maternelle du malade et était traduit par son accompagnateur ou quelqu'un de service servait d'interprétation.

Le recrutement des malades se faisait tous les jours ouvrables au CHU-IOTA, un avis a été collé dans les différents boxes de consultation afin que tout médecin consultant et diagnostiquant un cas de cataracte sénile bilatérale avec une $\leq 3/10^{\text{ème}}$ le signale. Les questions étaient posées par le même enquêteur et nous avons opté pour un score de 0 à 100 pour chaque items afin d'évaluer la moyenne du score par domaine avant et après la chirurgie de la cataracte.

9. Déroulement de l'étude

- Tout patient répondant aux critères d'inclusion avait été recensé au CHU-IOTA et avait fait l'objet d'un interrogatoire dirigé par un enquêteur avant et après chirurgie de cataracte comportant des renseignements sur l'état civil ; des données cliniques pré et postopératoires à 1 mois et un questionnaire *NEI-VFQ 25* composés de 12 dimensions dont les chiffres entre parenthèses représentent les numéros des différents items relatifs à cette dimension dans l'ordre de leur présentation à l'administration du questionnaire :
 - ✓ Santé générale (1)
 - ✓ Vision générale (2)
 - ✓ Douleurs oculaires (4,19)
 - ✓ Activités en vision de près (5,6,7)
 - ✓ Activités en vision de loin (8, 9, 14)
 - ✓ Influence de la vision sur la vie sociale ou fonction sociale (11,13)
 - ✓ Influence de la vision sur la santé mentale (3, 21, 22 ,25)
 - ✓ Handicap spécifique à la vision ou les difficultés en rapport avec la vision (17,18)
 - ✓ Influence de la vision sur l'autonomie ou la dépendance (20, 23 ,24)
 - ✓ Conduite du jour et nuit (15c,16)

- ✓ Vision des couleurs (12)
- ✓ Vision périphérique (10)

Ces 12 dimensions sont représentées sous 25 items répartis en 3 grandes parties : état de santé générale et vue, difficultés dans les activités, et réactions du patient face aux problèmes de vue. Le patient répond soit de manière binaire (oui/non), soit de manière graduée (pas du tout/ un peu / assez bien / bien / sans problème). Ensuite, chaque questionnaire est exploité statistiquement pour donner un score global ainsi que des scores pour chacun des domaines explorés afin de mesurer la QDV du patient, en fonction du score maximal.

- Les patients ont répondu aux questions à un mois (M1) avant et après l'opération.
- Pour la profession, la répartition sera faite en professions ne nécessitant pas une vision optimale (**PNNVO**) et nécessitant une vision optimale (**PNVO**) : Les **PNNVO** est constituées de patients sans profession, à la retraite ou à très faible activité économique et les **PNVO** de patients demandeurs de résultats fonctionnels leur permettant de reprendre rapidement leurs activités professionnels (médecins, enseignants, ingénieurs, commerçants, chauffeurs, prêtres, imams. . .)

10. Considérations éthiques

La participation des patients à l'étude était volontaire, et le consentement libre a été obtenu pour tous les participants. Notre étude a bien veillé à l'anonymat ainsi que la confidentialité des données fournies par les patients.

11. Analyse statistique

Les données recueillies avaient été saisies et analysées sur le logiciel **Statistique Epi Info version 3.5.3** et le traitement de texte était fait sur **Microsoft Word 2010**. Les représentations graphiques étaient faites à partir du tableau **Excel**.

Le calcul du score, avec ou sans item optionnel, suit deux étapes.

Dans un premier temps, à partir des réponses données, le score de chaque item est transformé de 0 à 100 via la table de score (tableau 1). Plus le score est élevé, meilleur est le domaine en rapport : un score de 50 correspond à 50% du score maximum. Les items sans réponse ou ceux pour lesquels le sujet dit renoncer à faire une activité sans que la vision en soit la cause ne sont pas pris en compte. Ensuite on calcule la moyenne des scores transformés des différents items correspondant à un domaine.

Tableau I : Table de score liée aux différents items

<i>Numéros items</i>	<i>Catégories réponse d'origine</i>	<i>Valeurs recodé score</i>
<i>1, 3,4, 15c</i>	<i>1</i>	<i>100</i>
	<i>2</i>	<i>75</i>
	<i>3</i>	<i>50</i>
	<i>4</i>	<i>25</i>
	<i>5</i>	<i>0</i>
<i>2</i>	<i>1</i>	<i>100</i>
	<i>2</i>	<i>80</i>
	<i>3</i>	<i>60</i>
	<i>4</i>	<i>40</i>
	<i>5</i>	<i>20</i>
	<i>6</i>	<i>0</i>
<i>5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,16</i>	<i>1</i>	<i>100</i>
	<i>2</i>	<i>75</i>
	<i>3</i>	<i>50</i>
	<i>4</i>	<i>25</i>
	<i>5</i>	<i>0</i>
	<i>6</i>	<i>Pas note</i>
<i>17,18,19,20,21,22,23,24,25</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>2</i>	<i>25</i>
	<i>3</i>	<i>50</i>
	<i>4</i>	<i>75</i>
	<i>5</i>	<i>100</i>

Calcul de la Moyenne = Le score pour chaque élément avec une réponse non manquante / le nombre total de items avec une réponse non manquante.

IV. RESULTATS

Sur les **22854** patients ayant consulté pendant la période d'étude, **32** patients présentaient une cataracte sénile bilatérale avec une acuité visuelle effondré répondaient à nos critères d'inclusion soit une fréquence de 0,14%.

1. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau II : Répartition des patients selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
50-60	17	53,13
61-71	13	40,63
72 et plus	2	6,25
Total	32	100,00

La tranche d'âge de 50-60 ans a constitué de plus de la moitié de nos patients avec **53,13 %**.

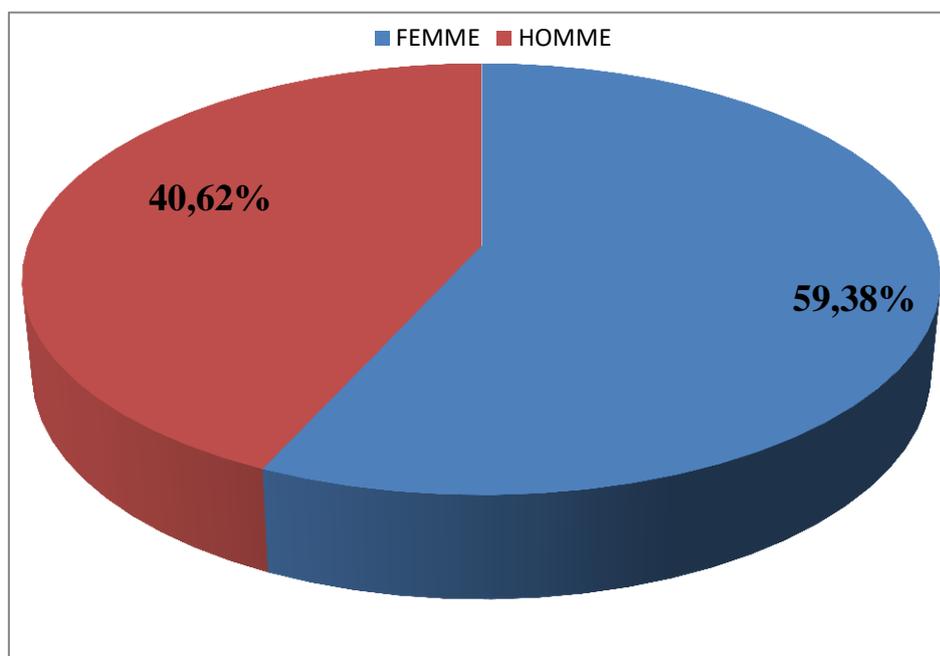


Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe

Les femmes ont représenté **59,38 %** avec un sexe ratio de H /F **0,68**.

Tableau III : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
PNNVO	17	53,13
PNVO	15	46,87
Total	32	100,00

La profession nécessitant pas une vision optimale a constitué plus de la majorité de l'échantillon avec **53,13 %**.

2. Données cliniques avant opération

Tableau IV : Répartition des patients selon l'acuité visuelle de loin sans correction avant opération

AVLsc avant opération	Effectif	Pourcentage
$\leq 1/10^{\text{ème}}$	27	84,38
$[1/10^{\text{ème}} - 3/10^{\text{ème}} [$	5	15,62
Total	32	100

La quasi-totalité de nos patients avaient une mauvaise acuité visuelle sans correction avant l'opération soit **27 patients (84,38%)**.

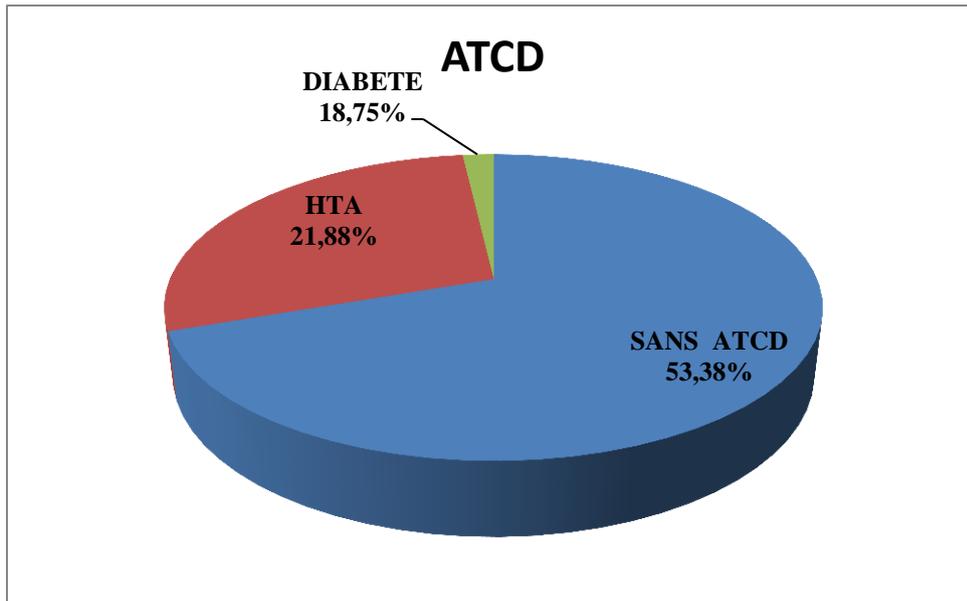


Figure 2 : Répartition des patients selon les antécédents

L'HTA a représenté **21,88%**.

3. Données cliniques pendant l'opération

Tableau V : Répartition des patients selon la technique opératoire

Technique opératoire	Effectif	Pourcentage
EEC+ICP	14	43,75
PhacoA+ ICP	18	56,25
Total	32	100

La phacoalternative a été la technique la plus utilisée soit **18 patients (56,25%)**.

Tableau VI : Répartition des patients selon les complications peropératoires

Complication peropératoire	Effectif	Pourcentage
Sans incident	22	68,75
Rupture capsulaire avec issue de vitré	9	28,12
Iridodialyse	1	3,12
Total	32	100

En peropératoire, la rupture capsulaire avec issue de vitré a dominé les complications avec **9** cas soit **28,12%**.

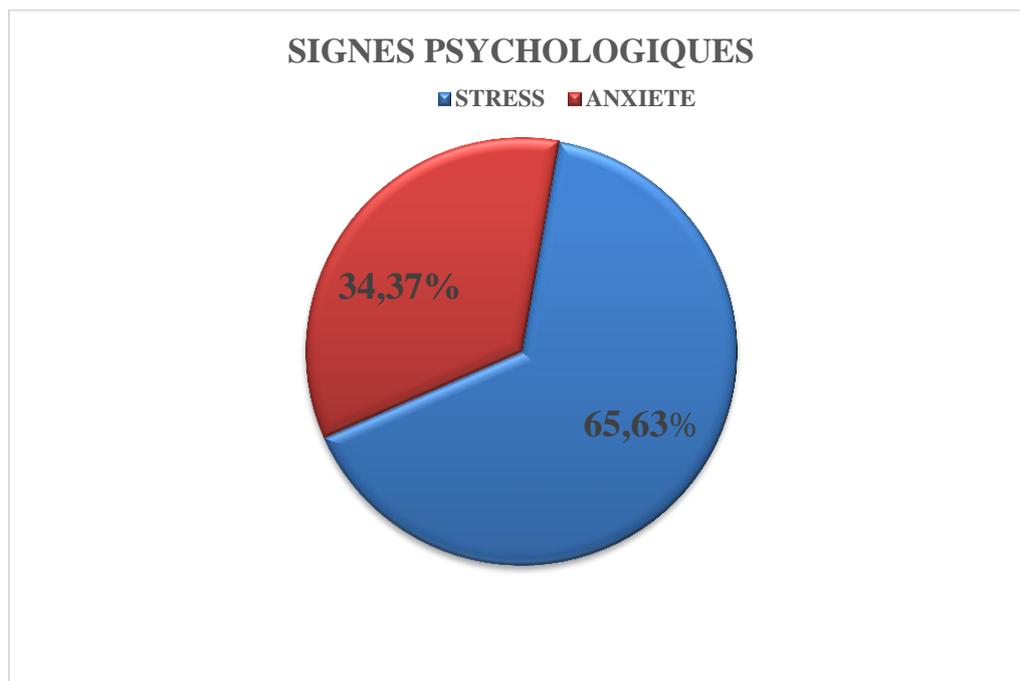


FIGURE 3 : Répartition des patients selon les signes psychologiques

Le stress a dominé les signes psychologiques en peropératoire avec **21** cas soit **65,62%**.

4. Données cliniques postopératoire à 1 mois

Tableau VII : Répartition des patients selon l'acuité visuelle de loin sans correction après opération

AVLsc après opération	Effectif	Pourcentage
<1/10 (Mauvaise)	1	3,12
[1/10-3/10 [(Moyenne)	11	34,38
≥3/10 (Bonne)	20	62,50
Total	32	100

Sur les **32** cas opérés des deux yeux a J30 :

- **20 patients (62,50%)** avaient une bonne acuité visuelle de loin sans correction
- **11 patients (34,38%)** avaient une acuité visuelle moyenne de loin sans correction
- **1 patient (3,12%)** avaient une mauvaise acuité visuelle.

Tableau VIII : Répartition des patients selon l'acuité visuelle de loin avec meilleur correction après opération

AVLac après opération	Effectif	Pourcentage
<1/10 (Mauvaise)	1	3,12
[1/10-3/10[(Moyenne)	3	9,38
≥3/10 (Bonne)	28	87,50
Total	32	100

Après une meilleure correction :

- **87,5%** des cas ont eu une bonne acuité visuelle de loin ($\geq 3/10^{\text{ème}}$) **ODG**
- **9,38%** des cas ont eu une acuité visuelle de loin limité ($1/10^{\text{ème}}$ - $3/10^{\text{ème}}$) ODG
- **3,12%** des cas avaient toujours une mauvaise acuité de loin ($\leq 1/10^{\text{ème}}$) ODG.

Tableau IX : Répartition des patients selon l'acuité visuelle de près avec la meilleure correction optique après opération

Acuité visuelle de près avec meilleure correction après opération	Effectif	Pourcentage
P14	1	3,12
[P10-P3[4	12,50
[P4-P1,5[27	84,38
Total	32	100

Après une meilleure correction après opération à J30 :

- **27 patients (84,38%)** avaient une bonne acuité visuelle de près [**P4-P1,5[** avec la meilleure correction après opération J30
- **4 patients (12,50%)** avaient une acuité visuelle de près moyenne avec la meilleure correction après opération J30
- **1 patient (3,12%)** avaient une mauvaise acuité visuelle de près avec la meilleure correction après opération J30.

Tableau X : Répartition des patients selon les complications post opératoire a J30

Complications	Effectif	Pourcentage
post opératoire		
Sans complication	29	90,63
Œdème cornée persistant	2	6,25
Endophtalmie post opératoire	1	3,12
Total	32	100

A J30 postopératoire, l'œdème corné persistant et l'endophtalmie postérieure ont dominé les complications avec **2** cas et 1cas soit **6,25%** et **3,12%**.

5. Evaluation du score qualité de vie

Tableau XI : Résultats de l'évolution de la qualité de vie sur l'ensemble de l'échantillon de la population par domaine avant et après chirurgie de la cataracte

Domaine étudié	Avant chirurgie	Après chirurgie
Etat de santé	60,93	75,00 (+14,07)
Vision globale	23,12	75,93 (+52,81)
Douleur oculaire	36,25	82,29 (+46,04)
Activités de loin	24,99	84,50 (+59,30)
Activités de près	19,48	77,86 (+58,38)
Fonction sociale	32,03	93,35 (+61,32)
Santé mentale	21,22	80,15 (+58,93)
Difficultés	20,70	74,60 (+58,93)
Dépendance	22,91	72,65 (+49,74)
Conduite	12,10	57,03 (+44,93)
Vision des couleurs	39,06	93,75 (+54,69)
Vision périphérique	30,47	91,18 (+ 60,71)

A l'issue de l'évaluation initiale (**avant la chirurgie de cataracte**), les domaines dont les moyennes sont les plus basses et donc les plus représentatifs de l'altération de la qualité de vie des sujets sont la conduite (**12,10**), les activités de près (**19,48**), les difficultés (**20,70**), la santé mentale (**21,22**), la dépendance (**22,91**), la vision globale (**23,12**), les activités de loin (**24,99**).

Suite à l'évaluation de fin (**Après chirurgie de cataracte**), on constate une hausse des scores dans tous les domaines. Les plus fortes augmentations concernent la fonction sociale (+**61,32**), vision périphérique (+ **60,71**), les activités de loin (+**59,30**), la santé mentale (+**58,93**), les activités de près (+**58,38**), la vision des couleurs (+**54,69**), les difficultés dans les activités quotidiennes (+**58,93**) et la vision globale (+**52,81**).

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

L'objectif principal de ce travail étant de mettre en évidence la pertinence d'une évaluation de la qualité de vie dans le cadre des sujets opérés de cataracte sénile bilatérale avec une acuité visuelle inférieure ou égale **3/10**, il convient d'en apprécier les intérêts, autour d'une discussion des résultats obtenus à l'échelle globale de la population relative à cette étude.

Cependant, il nous faut discuter et commenter les résultats auxquels nous sommes parvenus lors de cette étude.

1. La description générale :

Sur les **22854** patients ayant consulté pendant la période de l'étude, **32** patients présentaient une cataracte sénile bilatérale avec une acuité visuelle $\leq 3/10^{\text{ème}}$ répondaient à nos critères d'inclusion soit une fréquence de **0,14%**.

L'incidence de la cataracte est difficile à évaluer mais la prévalence de la cataracte est de 5,3 % chez les hommes entre 65 et 69 ans et 25,8 % chez les hommes de plus de 80 ans. La prévalence de la cataracte est identique pour les femmes entre 65 et 69 ans, elle augmente à 30,9 chez les femmes de plus de 80 ans [4].

2. Aspect épidémiologique :

Age : L'âge moyen de nos patients était de **62** ans avec des extrêmes de **50** ans et **72** ans. Ce résultat est proche de ceux **Ka AM et al** [8], qui trouve un âge moyen 61 ans, supérieur de ceux réalisé par Alexandre Schaut [9], qui trouvait un âge moyen de 56 ans.

La tranche d'âge de 50-60 ans était la plus représentée soit **53,13 %**. Ce résultat est proche de ceux réalisé par Ka AM et al [8], qui trouvait 56,00% de tranche d'âge supérieur à 60 ans et nettement supérieur de ceux réalisé par Alexandre Schaut [9], qui trouve 49,00% de tranche d'âge 54-60 ans. Ceci pouvait être dû au fait que ces patients dont la plus part étaient en activité et beaucoup plus exigeants par rapport aux résultats de la chirurgie qui est un déterminant de la qualité de vie.

Le Sexe :

Les femmes ont représenté plus de la moitié des échantillons avec 59,38 %.

Ce résultat était similaire à ceux menés par Grimfors et coll [10], Mozaffarieh et coll [11] et Lundström et coll [12] est conforme à la littérature.

La profession :

La profession ne nécessitant pas une vision optimale a constitué plus de la majorité de l'échantillon avec **53,13 %**. Ceci pouvait être dû au fait que ces patients dont la plus part étaient sans profession ou alors des patients à la retraite, étaient moins exigeants par rapport aux résultats de la chirurgie mais aussi, du fait de la baisse des revenus, la prise en charge financière de la morbidité et le coût de l'opération de la cataracte deviennent des facteurs d'altération de la qualité de vie.

3. Données cliniques avant opération

L'Acuité visuelle de loin sans correction avant opération :

La quasi-totalité de nos patients avaient une mauvaise acuité visuelle sans correction avant l'opération soit **27 patients (84,38%)**. Cela pourrait s'expliquer que par le fait que la cataracte est la première cause de déficience visuelle et à un impact négatif considérable sur la qualité de vie (QDV) des patients en absence de traitement adéquat à temps et qui est conforme à la littérature.

Antécédents :

L'HTA a représenté 21,88%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la comorbidité ophtalmologique est considérée comme un important facteur d'altération de QDV du patient porteur d'une cataracte.

Ce résultat est similaire de plusieurs études notamment Zitha and AJ et al [13], Espallargues.M et al [14], Lundström. M et al [12], Gothwal .V.K et al [15] , que l'association d'une ou plusieurs de ces pathologies à une cataracte détériore les scores de QDV.

4. Données cliniques pendant l'opération

La technique opératoire :

La phacoalternative a été la technique la plus utilisée soit **18 patients (56,25%)**. Nos chiffres étaient moins importants que ceux de Davis et al [16] et de Sun et al [17] qui trouvaient une moyenne de score respective à 92 % et 92,7 %.

Nos chiffres moins importants pouvaient s'expliquer par la technique chirurgicale. En effet aucun de nos patients n'ont subi une chirurgie par phacoémulsification . Davis et al [16] et de Sun et al [17] n'ont pas précisé leur technique chirurgicale, cependant il faut souligner que la phacoémulsification est la technique de référence dans les pays développés par la qualité et la rapidité de la réhabilitation fonctionnelle qu'elle permet, mais aussi par un taux de complications peropératoires et postopératoires moindre par rapport aux autres interventions [18].

Les complications peropératoires :

En peropératoire, la rupture capsulaire avec issue de vitré a dominé les complications avec **9 cas soit 28,12%**. Nos résultats démontrent que les patients qui ont une meilleure QDV après la chirurgie de cataracte n'avaient pas d'incident peropératoire, tandis que la survenue d'un ou plusieurs incidents affecte négativement la QDV attendue ($p = 0,001$). Ce résultat est similaire à ceux de Mangione et coll [19], portant sur 464 patients âgés de plus de 65 ans, et basée sur le score SF-36 et l'ADVS (Activities of Daily Vision Scale), a mise en évidence une moindre amélioration des deux scores en cas de survenue de complications peropératoires. Cette affirmation allait dans le même sens que Grimfors et coll [20], Mollazadegan et Lundström [21] en Suède.

Les signes psychologiques :

Le stress a dominé les signes psychologiques en peropératoire avec **21 cas soit 65,62%**. Nos résultats ont montré qu'il n'y a pas eu une dégradation de la qualité de vie chez les patients ayant eu des signes psychologiques en peropératoire donc pas d'influence négative sur la qualité de vie. Par contre plusieurs études ont montré que

les signes psychologiques sont des facteurs de moindre amélioration de la qualité de vie [22,23].

5. Données cliniques postopératoire à 1 mois

L'Acuité visuelle :

Sur les **32** cas opérés des deux yeux a J30 :

- **19** patients (**59,38%**) OD et **20** patients (**62,50%**) OG avaient une bonne acuité visuelle de loin sans correction ($\geq 3/10^{\text{ème}}$ à l'échelle de monoyer)

Après une meilleure correction optique de loin :

- **87,50%** des cas soit **28** patients ont eu une bonne acuité visuelle de loin ($\geq 3/10$ à l'échelle de monoyer) ODG

Après une meilleure correction optique de près :

- **27** patients (**84,38%**) OD et **28** patients (**87,50%**) OG avaient une bonne acuité visuelle de près (**P4-P1,50** à l'échelle de Parinaud).

Dans notre échantillon, plus nous avançons dans le temps de suivi à j30, plus l'acuité visuelle de loin était bonne et plus la qualité de vie était meilleure. Cette dernière était encore meilleure après correction optique des erreurs de calcul d'implant et des complications réfractives postopératoires. Nos résultats sont supérieurs à ceux de DESAI et al [24] chez qui, pour les **23 %** pour un échantillon de 100 qui avaient eu une acuité visuelle supérieure ou égale à **3/10**, une détérioration avait été observée à 4 mois puis à 1 an après l'intervention. Il en était de même avec Michon et al. [25] et Lau et al. [26]. Cela pourrait expliquer par la différence de temps de suivi qui était plus court dans notre étude mais aussi cette détérioration de l'acuité visuelle ainsi que la QDV pouvait être liée, à l'influence d'autres facteurs (cataracte secondaire, comorbidités associées). L'acuité visuelle, quoique ayant une influence positive sur la qualité de vie, reste une mesure insuffisante de la QDV, il faut une conjonction de plusieurs facteurs [24, 26, 27]. On peut penser qu'une meilleure acuité visuelle permettrait à nos patients de pouvoir mieux pratiquer leurs

activités quotidiennes, d'être autonomes et de diminuer les risques de chute d'où une meilleure QDV.

Complications postopératoire à J30 :

A J30 postopératoire, l'œdème corné persistant et l'endophtalmie postérieure a dominé les complications avec **2 cas et 1 cas** respectivement soit **6,25%** et **3,12%**. Les complications de la chirurgie de la cataracte sont des facteurs de dégradation de la QDV. Qu'il s'agisse de cataracte secondaire, d'œdème cornéen persistant, d'inflammation postopératoire, ou de décollement de rétine. Ces complications, par les douleurs oculaires, la baisse d'AV, le stress qu'elles engendrent sont responsables d'altérations fonctionnelles, d'un retentissement psychologique, et par la même, d'une détérioration de la QDV tel que démontré par la majorité des études [13, 28,29].

6. Evaluation du score qualité de vie :

Avant la chirurgie de la cataracte :

Ainsi, les scores du NEI-VFQ 25 obtenus lors de l'évaluation initiale montrent que les dimensions les plus altérées de la qualité de vie des sujets sont la conduite (**12,10**), les activités de près (**19,48**), les difficultés dans les activités quotidiennes (**20,70**), la santé mentale (**21,22**), la dépendance en rapport avec les activités (**22,91**), la vision globale (**23,12**), les activités de loin (**24,99**). L'aspect psychologique et l'ensemble des dimensions rapportant la nécessité d'une acuité visuelle fine sont les plus altérés. Ces résultats valident l'hypothèse émise que l'acuité visuelle est un facteur déterminant de la qualité de vie des patients en basse vision et que ceux-ci développent des troubles psychologiques assez importants.

Après la chirurgie de la cataracte :

Suite à l'évaluation de fin, on constate une hausse des scores dans tous les domaines. Les plus fortes augmentations concernent la fonction sociale (**+61,32**), vision périphérique (**+ 60,71**), les activités de loin (**+59,30**), la santé mentale (**+58,93**), les activités de près (**+58,38**), la vision des couleurs (**+54,69**), les difficultés dans les activités quotidiennes (**+53,90**) et la vision globale (**+52,81**). Ce résultat démontrent que la hausse des scores obtenus à l'évaluation en fin dans l'ensemble des dimensions

observées indiquant une amélioration subjective de l'état fonctionnel et des activités de la vie quotidienne, révélant ainsi l'efficacité de la prise en charge proposée sur la qualité de vie des sujets opérés de cataracte.

Conclusion

La cataracte, première cause de cécité curable dans le monde, a un important retentissement sur la QDV. Par ailleurs, sa prise en charge médico-chirurgicale a un fort potentiel de réhabilitation fonctionnelle. Notre étude confirme, non seulement la récupération visuelle, mais également l'amélioration de la QDV des patients prise en charge pour cataracte liée à l'âge. En effet, le sujet âgé, un bon score NEI-VFQ préopératoire et une bonne AV postopératoire ont un impact positif sur la QDV. Par contre, la comorbidité ophtalmologique, l'inflammation oculaire postopératoire et la survenue de complications influencent négativement la QDV.

Recommandation

Il apparaît tout à fait légitime de s'intéresser au point de vue du patient étant le meilleur juge dans l'évaluation de la QDV dans la majorité des cas. C'est dans cette perspective que les prochaines études devraient s'intéresser au développement des scores adaptés à notre contexte et à notre culture, visant à cerner les différentes dimensions de la QDV liées aux pathologies oculaires et à leur prise en charge.

Résumé : La cataracte a été la première à entrer dans le champ d'investigation de la QDV en ophtalmologie et continue d'y générer de nombreuses études cliniques. Notre échantillon comptait 32 patients dont 19 femmes et 13 hommes présentant une cataracte sénile bilatérale avec une acuité visuelle $\leq 3/10^{\text{ème}}$ répondaient à nos critères d'inclusion.

But : L'objectif de notre étude est de répondre à la question « Cataracte et Qualité de Vie ? », en évaluant la QDV de nos patients qui ont bénéficié d'une chirurgie de la cataracte et en identifiant les facteurs influents.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective, de Janvier 2021 à Juin 2021, incluant trente-deux (32) patients ayant une cataracte bilatérale liée à l'âge avec une acuité visuelle inférieure ou égale à 3/10^{ème}, programmés pour chirurgie de la cataracte au CHU-IOTA quel que soit la technique. Les données démographiques et cliniques ont été recueillies en pré et postopératoires. L'évaluation de la QDV avant et un mois après la chirurgie s'est basée sur le score NEI-VFQ ou National Eye Institute, Visual Function Questionnaire.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 62,00 ans, avec une prédominance féminine (59,38%). Un mois après la chirurgie, nous avons noté une amélioration significative du score NEI-VFQ des patients dans tous les domaines étudié, qui était fortement corrélé et de façon positive avec l'AV postopératoire. Le sujet âge, l'absence de comorbidité ophtalmologique, un bon score NEI-VFQ préopératoire, l'absence de douleurs oculaires postopératoires, une bonne AV postopératoire et l'absence de complications sont associés à une amélioration significative de la QDV après la chirurgie.

Conclusion : Notre étude confirme, non seulement la récupération visuelle, mais également l'amélioration de la QDV des patients après la chirurgie de la cataracte. C'est dans cette optique que les futures études devraient s'intéresser au développement des scores adaptés à notre contexte et à notre culture, visant à cerner les différentes dimensions de la QDV liée aux pathologies oculaires et à leur prise en charge.

Mots clés : Cataracte ; Chirurgie ; Qualité de vie.

Références bibliographiques

1. Letzelter N. Les études de qualité de vie en ophtalmologie. Intérêts et applications concernant la cataracte, le glaucome chronique à angle ouvert et la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Montpellier: Ed Laboratoire Chauvin Bausch et Lomb 2001.
2. World Health Organization. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res 1993 Apr; 2(2):153-9.
3. World Health Organization. Rapport mondial sur la vision 2020.
4. World Health Organization. Initiative Mondiale pour l'élimination de la cécité évitable: plan d'action 2006-2011. Genève : organisation mondiale de la santé 2008.
5. OMS, Initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable : Lancement de l'initiative VISION 2020 en Afrique francophone 2004
6. GUINDO A.I, Carte épidémiologique d'ophtalmologie du Mali à partir des enquêtes (1980-1993).Thèse médecine. Ecole Nationale Médecine et de Pharmacie du Mali : Bamako 1995 ; 95M34 ; 78P
- 7.Okamoto F, Okomota Y, Hiraoka T, Oshika T. (2008) Vision-related quality of life and visual function after retinal detachment surgery. Am J Ophthalmol 146: 85–90.
8. Ka AM et al. Qualité de vie des patients après chirurgie de la cataracte 0181-5512/© 2017
9. Alexandre Schaut. Evaluation par questionnaires de la qualité de vie des patients opérés de strabisme dans le cadre d'une maladie de Basedow. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-0193-1977
10. Grimfors M, Mollazadegan K, Lundström M, Kugelberg M. Ocular comorbidity and self-assessed visual function after cataract surgery. J. Cataract Refract. Surg 2014;40(7):1163–1169.
11. Mozaffarieh M, Heinzl H, Sacu S, Wedrich A.

Clinical outcomes of phacoemulsification cataract surgery in diabetes patients: Visual function (VF-14), visual acuity and patient satisfaction. *Acta Ophthalmol. Scand* 2005;83 (2):176–183.

12. Lundström M, Stenevi U, Thorburn W.

Outcome of cataract surgery considering the preoperative situation: A study of possible predictors of the functional outcome. *Br. J. Ophthalmol* 1999;83(11):1272–1276.

13. Zitha and AJ, Rampersad N.

Impact of cataract surgery on vision-related quality of life. *African Vis. Eye Heal* 2020;79(1):2019–2022.

14. Espallargues M, Alonso J.

Effectiveness of cataract surgery in Barcelona, Spain site results of an international study. Barcelona I-PORT investigators. International Patient Outcomes Research Team. *J Clin Epidemiol* 1998 Oct; 51(10):843-52.

15. Gothwal VK, Wright TA, Lamoureux EL, Pesudovs K.

Measuring outcomes of cataract surgery using the Visual Function Index-14. *J Cataract Refract Surg* 2010; 36:1181–1188.

16 .Davis JC, McNeill H, Wasdell M, Chunick S, Bryan S. Focussing both eyes on health outcomes: revisiting cataract surgery. *BMC Geriatrics* 2012; 12:50.

17. Sun L, Willes JR, Liang Y, Chang DS, Duan X, Yang X, et al. Inequities in Cataract surgery and postsurgical quality-of-life outcomes in Handan, China. *Asia Pac J Ophthalmol (Phila)* 2012; 1:147—51.

18. Oliver JE, Thulasiraj RD, Rahmathullah R, Baburajan, Katz J, Tielsch JM, et al. Vision-specific function and quality of life after cataract extraction in South India. *J Cataract Refract Surg* 1998; 24:222—9.

19. Mangione CM, Phillips RS, Lawrence MG, Seddon JM, Orav EJ, Goldman L.

Improved visual function and attenuation of declines in health-related quality of life after cataract extraction. *Arch Ophthalmol* 1994; 112(11):1419-1425.

20. Grimfors. M.

Intraoperative difficulties, complications and self-assessed visual function in cataract surgery. *Acta Ophthalmol* 2018 Sep; 96(6):592-599.

21. Mollazadegan K, Lundström M.

A study of the correlation between patient-reported outcomes and clinical outcomes after cataract surgery in ophthalmic clinics. *Acta Ophthalmol* 2015; 93(3):293–298.

22. Noel PH, Williams Jr JW, Unutzer J, Worchel J, Lee S, Cornell J, et al. Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being. *Ann Fam Med* 2004; 2:555—62.

23. Atkins J, Naismith SL, Luscombe GM, Hickie IB. Psychological distress and quality of life in older persons: relative contributions of fixed and modifiable risk factors. *BMC Psychiatry* 2013; 13:249—59.

24. Desai P, Reidy A, Minassian DC, Vafidis G, et Bolger J. Gains from cataract surgery: visual function and quality of life. *Br J Ophthalmol* 1996; 80:868—73.

25. Michon JJ, Lau J, Chan WS, Ellwein LB. Prevalence of visual impairment, blindness, and cataract surgery in the Hong Kong elderly. *Br J Ophthalmol* 2002; 86:133—9.

26. Lau J, Michon JJ, Chan WS, Ellwein LB. Visual acuity and quality of life outcomes in cataract surgery patients in Hong Kong. *Br J Ophthalmol* 2002; 86:12—7.

27. Obstbaum SA. White paper utilization, appropriate care, and quality of life for patients with cataracts. *J Cataract Refract Surg* 2006; 32:1748—52.

28. Lundström M, Stenevi U, Thorburn W.

Cataract surgery in the very elderly. *J Cataract Refract Surg* 2000 Mar; 26(3):408-14.

29. Garcia-Gutierrez S, Quintana JM, Aguire U, Barrio I, Las Hayas C, Gonzalez N, IRYSS-Cataract Group.

Impact of clinical and patient-reported outcomes on patient satisfaction with cataract extraction. *Heal. Expect.* 2014;(17(6):765–775.

Annexes : Questionnaire sur la qualité de vie

Avant opération

Fiche N°...../...../...../ Date...../...../2021

I- DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

I-1.AGE / / **I-2.SEXE** / / 1. Masculin 2. Féminin

I-3.RESIDENCE / /

1. Bamako 2. Intérieur du pays 3. Hors du pays

I-4.PROFESSION

- **PNNVO** / /

Sans profession, Retraité, Faible activité économique, Autres

- **PNVO** / /

Enseignant, Ingénieur, Commerçant, Chauffeur, Prêtre, Imam, Cuisinier, Agriculteur, Eleveur, Autres

I-5 Niveau d'Éducation : / /

1. Primaire 2. Secondaire 3. Supérieure

I-6 Assurance maladie / /

1. Oui 2. Non

II. DONNES CLINIQUES AVANT L'OPERATION :

II-1.Acuité visuelle :

- **Acuité visuelle de près sans correction avant opération** OD / / OG / /
- **Acuité visuelle de près avec correction avant opération** OD / / OG / /
- **Acuité visuelle de loin sans correction avant opération** OD / / OG / /
- **Acuité visuelle de loin avec correction avant opération** OD / / OG / /

II-2.Antécédent / /

1. HTA 2. Diabète 3. Drépanocytose 4. Autres

III DONNES CLINIQUES PENDANT L'OPERATION

III-1.La technique opératoire / /

1. PhacoA+ICP 2. EEC+ICP 3. PhacoE +ICP

III.2 Signes psychologiques / /

1 .Stress 2. Anxiété 3. Dépression 4. Autres

III.3 Complication peropératoire / /

1. Hernie de l'iris 2. Désinsertion irienne 3. Rupture de la capsule post avec issue du vitré 4. Rupture zonulaire 5. Autres complications per-op

IV. DONNES CLINIQUES POSTOPERATOIRE J30

IV. 1-ACUITE VISUELLE

Acuité visuelle de près sans correction après opération M1 OD / / OG / /

Acuité visuelle de près avec correction après opération M1 OD / / OG / /

Acuité visuelle de loin sans correction après opération M1 OD / / OG / /

Acuité visuelle de loin avec correction après opération M1 OD / / OG / /

IV.2-Signes fonctionnels

1. Douleurs ou inconforts des yeux 2. Autres

IV.3-Complication post op précoce / /

1. Œdème cornée 2. Hyphéma 3. Astigmatisme induit 4. Endophtalmie aigue
5. Uvéite post opératoire 6. Hypertonie oculaire 7. Autres complications post op

IV.4-Complications post op tardives / /

1. Opacification capsulaire 2. Œdème maculaire cystoïde 3. Décollement de rétine.

Score qualité de vie NEI-VFQ 25 : le National Eye Institute,

Avant programme

Après programme

1ère PARTIE - ETAT DE SANTE GENERAL ET VUE

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

(Entourez un chiffre)

Excellente	1
Très bonne	2
Bonne	3
Médiocre	4
Mauvaise	5

2. Actuellement, lorsque vous regardez avec les deux yeux en même temps, vous diriez que votre vue (avec lunettes ou lentilles, si vous les portez) :

Excellente	1
Bonne	2
Moyenne	3
Mauvaise	4
Très mauvaise	5
Complètement aveugle	6

3. Etes-vous inquiet(te) au sujet de votre vue ?

Jamais	1
Rarement	2
Quelquefois	3

Très souvent	4
Tout le temps	5

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

Aucune douleur ou gêne	1
Douleurs ou gêne légère(s)	2
Douleurs ou gêne modérée(s)	3
Douleurs ou gêne forte(s)	4
Douleurs ou gêne très forte(s)	5

2ème PARTIE - DIFFICULTES DANS VOS ACTIVITES

5. Avez-vous du mal à lire les caractères d'imprimerie de taille normale dans les journaux ?

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3
Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	6

6. Avez-vous du mal à faire certaines tâches ou certains passe-temps qui exigent de bien voir de près, comme faire la cuisine, de la couture, bricoler dans la maison ou utiliser des petits outils ?

Pas du tout	1
-------------	---

Un peu	2
Moyennement	3
Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	6

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

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3
Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	6

8. Avez-vous du mal à lire les panneaux de circulation ou les enseignes de magasins dans la rue ?

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3
Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres	6

raisons ou par manque d'intérêt

9. A cause de votre vue, avez-vous du mal à descendre des marches, un escalier ou les rebords de trottoirs la nuit ou quand l'éclairage est faible ?

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3
Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	6

10. A cause de votre vue, avez-vous du mal à remarquer ce qui se trouve sur le côté quand vous marchez ?

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3
Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	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
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	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
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	6

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

Pas du tout	1
Un peu	2
Moyennement	3
Enormément	4
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	6

14. A cause de votre vue, avez-vous du mal à aller au mariage, au cinéma, au théâtre, ou à assister à des rencontres sportives ?

- | | |
|--|---|
| Pas du tout | 1 |
| Un peu | 2 |
| Moyennement | 3 |
| Enormément | 4 |
| Arrêté de le faire à cause de votre vue | 5 |
| Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt | 6 |

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

Oui 1 Passez à la question 15c Non 2

15a. SI VOTRE REPONSE EST NON : est-ce parce que vous n'avez jamais conduit ou bien vous avez arrêté de conduire ?

Jamais conduit 1 Passez à la 3e partie, question 17

Arrêté de conduire 2

15b. SI VOUS AVEZ ARRETE DE CONDUIRE : c'était surtout à cause de votre vue ou surtout pour d'autres raisons, ou à la fois à cause de votre vue et pour d'autres raisons ?

Surtout à cause de votre vue 1 Passez à la 3e partie, question 17

Surtout pour d'autres raisons 2 Passez à la 3e partie, question 17

Pour les deux à la fois 3 Passez à la 3e partie, question 17

15c. SI VOUS CONDUISEZ ACTUELLEMENT : avez-vous du mal à conduire de jour dans des 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
Arrêté de le faire à cause de votre vue	5
Arrêté de le faire pour d'autres raisons ou par manque d'intérêt	6

3^{ème} PARTIE VOS REACTIONS A VOS PROBLEMES DE VUE

Pour chaque question, entourez le chiffre qui indique si, dans votre situation, cette question est vraie en permanence, très souvent, quelquefois, rarement ou jamais.

	En permanence	Très souvent	Quelque fois	Rarement	Jamais
17. Faites-vous moins de choses que vous ne le voudriez à cause de votre vue ?	1	2	3	4	5
18. Etes-vous limité(e) dans le temps que vous pouvez consacrer à votre travail ou à vos activités à cause de votre vue ?	1	2	3	4	5
19. Les douleurs ou la gêne ressentie(s) dans ou autour des yeux, par exemple brûlures ou démangeaisons, vous empêchent-elles de faire ce que vous aimeriez faire ?	1	2	3	4	5

Pour chacune des phrases suivantes, entourez le chiffre qui indique si, dans votre situation, c'est entièrement vrai, plutôt vrai, plutôt faux, entièrement faux ou si vous n'en n'êtes pas certain(e).

	Entièrement vrai	Plutôt vrai	Pas certain(e)	Plutôt faux	Entièrement 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. Je m'inquiète à l'idée de faire des choses embarrassantes pour moi-même ou pour les autres, à cause de ma vue	1	2	3	4	5