

Questionnaire relatif à l'information sur la sexualité et la fertilité de patients atteints de cancer.

Nous nous intéressons aux informations que vous avez reçues sur les différents aspects de votre maladie et de son traitement afin d'améliorer les soins de santé qui vous sont apportés. --- Veuillez répondre à TOUTES les questions vous-même en sélectionnant les réponses correspondant le mieux à votre avis. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. --- Les informations que vous nous communiquerez resteront strictement confidentielles.

Merci d'indiquer l'organisme qui vous a informé de cette étude:

A propos de vous

Vous êtes ?

- Un homme
- Une femme

Quel est votre date de naissance ?

 

Quel est votre niveau d'étude ?

- Etudes interrompues avant le BAC
- Niveau BAC
- Etudes supérieures

Précisez le nombre d'années d'études après le BAC :

Quelle est votre catégorie professionnelle ?

- Agriculteurs / Agricultrices exploitant(e)s
- Artisans , commerçant(e)s, chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions Intermédiaires
- Employé(e)s
- Ouvriers / Ouvrières
- Retraité(e)s
- Autres personnes sans activité professionnelle

Quel est votre statut marital ?

- En couple
- Seul(e)

Quel est l'âge de votre partenaire ?

Saisir l'âge en années

Quelle est votre origine ethnique ?

- Caucasienne
- Asiatique
- Africaine
- Indienne
- Latine
- Maghrébin
- Métisse
- Autres

Vous habitez en milieu :

- Urbain
- Rural

Quel est votre département de résidence actuel ?

- Ain
- Aisne
- Allier
- Alpes de Haute-Provence
- Alpes-Maritimes
- Ardèche
- Ardennes
- Ariège
- Aube
- Aude
- Aveyron
- Bas-Rhin
- Bouches du Rhône
- Calvados
- Cantal
- Charente
- Charente Maritime
- Cher
- Corrèze
- Corse du Sud
- Côte d'Or
- Côtes d'Armor
- Creuse
- Deux-Sèvres
- Dordogne
- Doubs
- Drôme
- Essonne
- Eure
- Eure-et-Loir
- Finistère
- Gard
- Gers
- Gironde
- Haut-Rhin
- Haute-Corse
- Haute-Garonne
- Haute-Loire
- Haute-Marne
- Haute-Saône
- Haute-Savoie
- Haute-Vienne
- Hautes-Alpes
- Hautes-Pyrénées
- Hauts-de-Seine
- Hérault
- Ille-et-Vilaine
- Indre
- Indre-et-Loire
- Isère
- Jura
- Landes
- Loir-et-Cher
- Loire
- Loire-Atlantique
- Loiret
- Lot
- Lot-et-Garonne
- Lozère
- Maine-et-Loire
- Manche
- Marne
- Mayenne
- Meurthe-et-Moselle
- Meuse
- Morbihan
- Moselle
- Nièvre
- Nord
- Oise
- Orne
- Paris
- Pas-de-Calais
- Puy-de-Dôme
- Pyrénées-Atlantiques
- Pyrénées-Orientales
- Rhône
- Saône-et-Loire
- Sarthe
- Savoie
- Seine-et-Marne
- Seine-Maritime
- Seine-St-Denis
- Somme
- Tam
- Tam-et-Garonne
- Territoire-de-Belfort
- Val-d'Oise
- Val-de-Marne
- Var
- Vaucluse
- Vendée
- Vienne
- Vosges
- Yonne
- Yvelines

Quels sont vos revenus mensuels personnels ?

- Moins de 1 000 € par mois
- Entre 1 000 et 2 000 € par mois
- Plus de 2 000 € par mois

Votre cancer et son traitement

Quel est votre type de cancer ?

- Prostate
- Pénis
- Vessie
- Mélanome
- Leucémie
- Sein
- Testicule
- Col de l'utérus
- Lymphome de Hodgkin
- Poumon
- Colon / Rectum
- Endomètre
- Vulve
- Lymphome non hodgkinien
- ORL

Précisez le type le plus récent si vous en avez eu plusieurs

A quelle date a été diagnostiqué ce cancer ?



Si vous ne vous souvenez pas du jour exact, indiquez le 15 du mois.

Etait-ce la première fois que l'on vous diagnostiquait un cancer ?

- Oui
- Non

Quel type de structure vous a pris en charge pour ce cancer ?

- Centre public (CHU, CH)
- Un centre privé (clinique)

Dans quel département se situe ce centre ?

- Ain
- Aisne
- Allier
- Alpes de Haute-Provence
- Alpes-Maritimes
- Ardèche
- Ardennes
- Ariège
- Aube
- Aude
- Aveyron
- Bas-Rhin
- Bouches du Rhône
- Calvados
- Cantal
- Charente
- Charente Maritime
- Cher
- Corrèze
- Corse du Sud
- Côte d'Or
- Côtes d'Armor
- Creuse
- Deux-Sèvres
- Dordogne
- Doubs
- Drôme
- Essonne
- Eure
- Eure-et-Loir
- Finistère
- Gard
- Gers
- Gironde
- Haut-Rhin
- Haute-Corse
- Haute-Garonne
- Haute-Loire
- Haute-Marne
- Haute-Saône
- Haute-Savoie
- Haute-Vienne
- Hautes-Alpes
- Hautes-Pyrénées
- Hauts-de-Seine
- Hérault
- Ille-et-Vilaine
- Indre
- Indre-et-Loire
- Isère
- Jura
- Landes
- Loir-et-Cher
- Loire
- Loire-Atlantique
- Loiret
- Lot
- Lot-et-Garonne
- Lozère
- Maine-et-Loire
- Manche
- Marne
- Mayenne
- Meurthe-et-Moselle
- Meuse
- Morbihan
- Moselle
- Nièvre
- Nord
- Oise
- Orne
- Paris
- Pas-de-Calais
- Puy-de-Dôme
- Pyrénées-Atlantiques
- Pyrénées-Orientales
- Rhône
- Saône-et-Loire
- Sarthe
- Savoie
- Seine-et-Marne
- Seine-Maritime
- Seine-St-Denis
- Somme
- Tam
- Tam-et-Garonne
- Territoire-de-Belfort
- Val-d'Oise
- Val-de-Marne
- Var
- Vaucluse
- Vendée
- Vienne
- Vosges
- Yonne
- Yvelines

A quelle distance du centre qui vous a traité pour le cancer habitez-vous approximativement ?

- Moins de 30 km
- Entre 30 et 100 km
- Plus de 100 km

Quel(s) type(s) de traitement(s) avez-vous suivi ?

Chirurgie

Radiothérapie(s) ou curithérapie(s)

Chimiothérapie(s)

Greffe de moelle

Hormonothérapie

Immunothérapie et antiangiogéniques

Plusieurs choix sont possibles

Informations générales reçues avant traitement du cancer et satisfaction

Tout au long de votre maladie actuelle ou de son traitement, quelle quantité d'informations avez-vous reçues sur:

	Aucune	Un peu	Assez	Beaucoup
Le diagnostic de votre maladie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'étendue (la propagation) de votre maladie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les causes possibles de votre maladie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le fait que votre maladie soit sous contrôle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le but des tests médicaux que vous avez subis ou allez subir ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les procédures des tests médicaux ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les résultats des tests médicaux que vous avez déjà reçus ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le traitement que vous suivez actuellement (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie ou autres modalités de traitement) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le bénéfice escompté du traitement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les effets secondaires éventuels de votre traitement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les effets escomptés du traitement sur les symptômes de la maladie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les effets du traitement sur votre vie sociale et familiale ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les effets du traitement sur votre fonctionnement sexuel ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une aide supplémentaire en dehors de l'hôpital (par ex. : aide pour les activités quotidiennes, groupes d'auto-aide, infirmières à domicile) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des services de réhabilitation (ex: kinésithérapie, ergothérapie) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les différents aspects de la gestion à domicile de votre maladie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'éventualité d'un soutien psychologique professionnel ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Différents lieux de soins (hôpitaux/services de consultations externes/domicile) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ce que vous pouvez faire pour vous aider à vous sentir bien (repos, contacts avec les autres, etc.) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous reçu des informations écrites ?

- Oui
- Non

Avez-vous reçu des informations sur CD, cassette audio ou vidéo ?

- Oui
- Non

Êtes-vous satisfait(e) de la quantité d'informations reçue ?

- Pas du tout
- Un peu
- Assez
- Beaucoup

Souhaitez-vous recevoir davantage d'informations ?

- Oui
- Non

A quel sujet ?

Auriez-vous souhaité recevoir moins d'informations ?

- Oui
- Non

A quel sujet ?

Globalement, les informations reçues vous ont-elles été utiles ?

- Pas du tout
- Un peu
- Assez
- Beaucoup

Votre sexualité et vos besoins associés

Les questions suivantes portent sur votre sexualité et les besoins associés. Certaines abordent "l'activité sexuelle" qui couvre à la fois les rapports entre partenaires (avec ou sans pénétration) et les rapports solitaires (autostimulation par masturbation par exemple).

Actuellement, si vous considérez avoir une activité sexuelle faible ou absente, dites-nous quelle en sont les raisons ?

- Je n'ai pas de partenaire
- Je ressens peu ou pas de désir
- Je ne me sens pas attirant(e)
- J'ai des problèmes de santé
- J'ai des difficultés lors de la pénétration
- J'ai des difficultés dans l'ensemble du rapport
- J'ai des craintes concernant la reprise d'une sexualité
- Mon (ma) partenaire ne souhaite pas avoir de rapports
- Mon (ma) partenaire ne peut pas avoir de rapports
- Mon (ma) partenaire a des problèmes de santé ou des dysfonctions sexuelles
- Je ne pense pas que ma (mon) partenaire me trouve sexuellement attirant(e)
- Je ne me sens pas concerné(e) par cette question

Plusieurs réponses possible

Aviez-vous une activité sexuelle dans l'année précédant le diagnostic du cancer ?

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Entre 1 fois par semaine et 1 fois par mois
- Plusieurs fois par semaine

Précisez tous les types d'activité sexuelle que vous aviez :

- Solitaire (masturbation)
- Rapports avec pénétration
- Rapports sans pénétration

Plusieurs réponses possible

Avez-vous une activité sexuelle depuis le traitement ?

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Entre 1 fois par semaine et 1 fois par mois
- Plusieurs fois par semaine

Précisez tous les types d'activité sexuelle que vous avez :

- Solitaire (masturbation)
- Rapports avec pénétration
- Rapports sans pénétration

Plusieurs réponses possible

Concernant votre sexualité, comment vous considérez-vous ?

- Hétérosexuel(le)
- Homosexuel(le)
- Bisexuel(le)
- Asexuel(le)

A votre avis, quel a été l'impact du traitement ou de la maladie sur votre sexualité ?

	Je n'ai jamais eu ce problème	J'avais ce problème avant le cancer et je l'ai toujours	Ce problème a disparu après le cancer	Ce problème est apparu depuis le cancer
Peu ou pas de désir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficulté à ressentir de l'excitation ou du plaisir au cours d'un rapport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficulté à avoir et/ou à maintenir une érection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gêne/douleur pendant les préliminaires et/ou les rapports	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble de l'éjaculation (éjaculation trop rapide, absente, ou diminuée)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficulté à avoir un orgasme ou orgasme diminué	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orgasme atteint trop rapidement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon état de santé ne me permet pas d'avoir des rapports (essoufflement, fatigue...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tableau à compléter si vous êtes un homme

A votre avis, quel a été l'impact du traitement ou de la maladie sur votre sexualité ?

	Je n'ai jamais eu ce problème	J'avais ce problème avant le cancer et je l'ai toujours	Ce problème a disparu après le cancer	Ce problème est apparu depuis le cancer
Peu ou pas de désir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficulté à ressentir de l'excitation ou du plaisir au cours d'un rapport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gêne/douleur pendant les préliminaires et/ou les rapports	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficulté à avoir un orgasme ou orgasme diminué	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orgasme atteint trop rapidement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon état de santé ne me permet pas d'avoir des rapports (essoufflement, fatigue...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tableau à compléter si vous êtes une femme

Si les services suivants vous sont proposés, y aurez-vous recours ?

	OUI, si c'est pris en charge	OUI, même si ce n'est pas pris en charge	NON, je n'en vois pas l'intérêt
Consulter un médecin sexologue pour mon (mes) problème(s) sexuel(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consulter un psychologue sexologue pour mon (mes) problème(s) sexuel(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir une consultation de sexologie de couple	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participer à des groupes de soutien avec d'autres personnes rencontrant également des problèmes de sexualité après le cancer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre fertilité et vos besoins associés

Ne renseigner les questions suivantes que si vous avez entre 18 et 43 ans pour les femmes ou 18 et 55 ans pour les hommes

Avant la découverte de votre cancer, avez-vous essayé d'avoir un (des) enfant(s) ?

- Oui
- Non

Avez-vous réussi à avoir des enfants ?

- Oui
- Non

Combien d'enfants avez-vous eu ?

Précisez les années de naissance des enfants :

Séparez chaque année de naissance par une virgule (exemple: 1995, 1998, 2002, etc.)

Avant la découverte de votre cancer, avez-vous consulté ou eu des traitements pour des difficultés à avoir des enfants ?

- Oui
- Non

Avant la découverte de votre cancer, avez-vous adopté un (des) enfants ?

- Oui
- Non

Pensez-vous que votre maladie ou les traitements ont atteint votre fertilité ?

- Oui, de manière définitive
- Oui, temporairement
- Non, je ne pense pas
- Je ne sais pas

Avez-vous été informé(e) avant le traitement d'effets éventuels sur la fertilité ?

- Oui
- Non

Avez-vous été informé(e) avant le traitement de possibilités de préserver la fertilité (conservation de gamètes, conservation d'embryons) ?

- Oui
- Non

Avez-vous eu recours au CECOS (Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme) ?

- Oui
 Non

Vos gamètes ont-ils pu être congelés ?

- Oui
 Non

Les réponses apportées par les professionnels de santé (médecins, infirmières...) aux questions suivantes vous ont-elles paru satisfaisantes ?

	L'équipe a bien répondu à mes questions	Je ne suis pas satisfait(e) des réponses que l'on m'a données	Je n'ai pas osé poser ces questions	Je ne me sens pas concerné(e) par cette question
Le traitement de mon cancer peut-il affecter ma fertilité (possibilité d'avoir des enfants) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les enfants que j'aurai après mon traitement risquent-ils d'avoir des problèmes de santé (malformations congénitales, par exemple) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes futurs enfants auront-ils plus de risques d'avoir un cancer dans leur vie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tableau à compléter si vous êtes un homme

Les réponses apportées par les professionnels de santé (médecins, infirmières...) aux questions suivantes vous ont-elles paru satisfaisantes ?

	L'équipe a bien répondu à mes questions	Je ne suis pas satisfait(e) des réponses que l'on m'a données	Je n'ai pas osé poser ces questions	Je ne me sens pas concerné(e) par cette question
Le traitement de mon cancer peut-il affecter ma fertilité (possibilité d'avoir des enfants) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les enfants que j'aurai après mon traitement risquent-ils d'avoir des problèmes de santé (malformations congénitales, par exemple) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes futurs enfants auront-ils plus de risques d'avoir un cancer dans leur vie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serai-je ménopausée précocement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si je tombe enceinte après mon traitement, mon cancer aura-t-il plus de risque de récidiver ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tableau à compléter si vous êtes une femme

Au cours de l'année à venir, si les services suivants vous sont proposés après cancer, y aurez-vous recours ?

	OUI, si c'est pris en charge	OUI, même si ce n'est pas pris en charge	NON, je n'en vois pas l'intérêt
Visite médicale après traitement pour voir si vous êtes fertile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traitement de l'infertilité pour vous et/ou votre partenaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir recours à un don d'ovocyte pour devenir mère ou de spermatozoïde pour devenir père	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir accès à une consultation pour parler de l'adoption d'un enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir accès à une consultation de conseil génétique (évaluation du risque de cancer de mes enfants éventuels)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>