Questionnaire sur l'Image corporelle pour les patientes suivies pour cancers gynécologiques et mammaires

PREMIERE PARTIE

1) **Quel âge avez-vous ? .....**

2) **Statut matrimonial :**

Célibataire ☐ Mariée ☐ Veuve ☐ Divorcée ☐

3) **Niveau d'éducation :**

Primaire ☐ Collège ☐ Secondaire ☐ Universitaire ☐

4) **Profession :** ……

5) **Niveau socio-économique :**

Bas ☐ Moyen ☐ Elevé ☐

6) **Lieu de résidence :**

Milieu rural ☐ Milieu urbain ☐

7) **Antécédents familiaux de cancer :** ……

8) **Nombre de grossesse :** ……

9) **Nombre d'enfants :** ……

DEUXIEME PARTIE

1) **Vous avez été suivie pour** :

Un cancer du sein ☐ | Un cancer du col ☐ Un cancer de l'endomètre ☐
Un cancer de l'ovaire ☐

Autre ☐ : préciser ……

2) **Depuis combien de temps vous avez terminé votre traitement ? ……..**

3) **Quel(s) types(s) de traitement (s) avez-vous reçu ?**

Radiothérapie néoadjuvante ☐

Chimiothérapie néoadjuvante ☐

Chirurgie première ☐ : Préciser le geste chirurgical et la voie d'abord……

Radiothérapie adjuvante ☐

Chimiothérapie adjuvante ☐

Chirurgie de clôture ☐

Hormonothérapie ☐

Thérapie ciblées ☐

4) **Hôpital dans le quel vous avez été prise en charge ?** ……..

TROIXIEME PARTIE

1. **Êtes-vous préoccupée par les changements physiques causés par votre maladie ou son traitement ?**

   o Pas du tout (0) o Un peu (1) o Modérément (2) o Beaucoup (3)

2. **Avez-vous du mal à accepter votre apparence physique depuis votre diagnostic ou traitement ?**

   o Pas du tout (0) o Un peu (1) o Modérément (2) o Beaucoup (3)

3. **Évitez-vous de regarder votre corps à cause des changements physiques (cicatrices, perte de cheveux, etc.) ?**

   o Jamais (0) o Parfois (1) o Souvent (2) o Toujours (3)

4. **Vous sentez-vous moins attirante qu'avant votre diagnostic ou traitement ?**

   o Pas du tout (0) o Un peu (1) o Modérément (2) o Beaucoup (3)

5. **Avez-vous l'impression que votre corps est moins fort ou moins capable qu'avant ?**

   o Pas du tout (0) o Un peu (1) o Modérément (2) o Beaucoup (3)

6. **Depuis votre diagnostic, votre perception de votre corps a-t-elle évolué ?**

   o Améliorée o Inchangée o Empirée

7. **Éprouvez-vous des difficultés à vous montrer en public à cause de votre apparence physique ?**
   o Jamais (0) o Parfois (1) o Souvent (2) o Toujours (3)

8. **Avez-vous l'impression que les autres vous regardent ou vous jugent plus qu'avant votre diagnostic à cause de votre apparence ?**

   o Jamais (0) o Parfois (1) o Souvent (2) o Toujours (3)

9. **Votre image corporelle affecte-t-elle votre participation à des activités sociales (rencontres, sorties, etc.) ?**

   o Pas du tout (0) o Un peu (1) o Modérément (2) o Beaucoup (3)

10. **Vos changements physiques ont-ils affecté votre désir sexuel ?**
    o Pas du tout (0) o Un peu (1) o Modérément (2) o Beaucoup (3)

11. **Vous sentez-vous gênée par les changements physiques (cicatrices, stoma, perte de cheveux) lors des relations intimes ?**

    o Jamais (0) o Parfois (1) o Souvent (2) o Toujours (3)

12. **Avez-vous des difficultés à vous sentir désirable pour votre partenaire ?**

    o Pas du tout (0) o Un peu (1) o Modérément (2) o Beaucoup (3)

13. **Votre image corporelle affecte-t-elle votre satisfaction dans vos relations intimes ?**

    o Pas du tout (0) o Un peu (1) o Modérément (2) o Beaucoup (3)

14. **Votre image corporelle affecte-t-elle votre confiance en vous ?**
    o Pas du tout (0) o Un peu (1) o Modérément (2) o Beaucoup (3)

15. **Vous sentez-vous anxieuse ou déprimée à cause des changements physiques liés à votre maladie ou traitement ?**

    o Jamais (0) o Parfois (1) o Souvent (2) o Toujours (3)

16. **Avez-vous l'impression que votre qualité de vie a été affectée par les changements de votre apparence physique ?**

    o Pas du tout (0) o Un peu (1) o Modérément (2) o Beaucoup (3)

17. **Avez-vous reçu un soutien psychologique ou esthétique (maquillage médical, prothèses, etc.) pour vous aider à accepter les changements physiques ?**
o Oui o Non

Si oui, avez-vous trouvé ce soutien utile ? o Oui o Non

18. **Avez-vous discuté de vos préoccupations concernant votre image corporelle avec votre équipe soignante ?**

o Oui o Non

Si non, pourquoi ? (Manque d'opportunité, gêne, etc.)……..

19. **Quels types de soutien souhaiteriez-vous recevoir pour améliorer votre image corporelle ? (Plusieurs réponses possibles)**

Type de soutien souhaité	**Cochez si applicable**
Soutien psychologique	☐
Conseils en maquillage médical	☐
Ateliers sur l'image corporelle	☐
Groupes de parole	☐
Autre (précisez) :……	