

|  |
| --- |
| **Etude Grossesse, Fertilité et Contraception** |

Questionnaire filtre

1. Vous êtes

Un homme

Une femme

Si Q1=homme, exclusion

1. Avez-vous entre 18 et 43 ans

Oui

Non

Si Q2=non, exclusion

1. Avez-vous eu un cancer du sein ?

Oui

Non

Si Q3=oui, afficher Q4 à Q10

Si Q3=non, afficher Q4

1. Avez-vous eu un autre cancer que le cancer du sein?

Oui

Non

Si Q4=oui, exclusion

Si Q4=non, passer en Q8

1. Avez-vous eu une récidive de ce cancer du sein ?

Oui

Non

Si Q5=non, exclusion

1. Avez-vous eu une généralisation du cancer ?

Oui

Non

Si Q6=non, exclusion

1. Avez-vous fini vos principaux traitements (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) ?

*NB : si vous êtes sous hormonothérapie ou herceptin, vous pouvez participer*

Oui

Non

Si Q7=non, exclusion

1. Avez-vous eu une hystérectomie (ablation de l’utérus) ?

Oui

Non

Si Q8=oui, exclusion

1. Avez-vous eu une ovariectomie bilatérale (ablation des deux ovaires) ?

Oui

Non

Si Q9=oui, exclusion

1. Comment avez-vous été informée de cette étude ?
   1. par le médecin (oncologue/chirurgien/ radiothérapeute etc…) du centre dans lequel vous avez été suivie

oui

non

Si Q10.1 sélectionné, faire apparaitre la liste :

Lequel ?

* Institut Curie, Site de Paris
* Institut Curie (René Huguenin), Site de Saint Cloud
* Hôpital Cochin, Paris
* Hôpital Saint Louis, Paris
* Centre Léon Bérard, Lyon
* Institut Bergonié, Bordeaux
* Centre Oscar Lambret, Lille
* Un autre centre, précisez : champ libre
  1. par un médecin (en dehors d’un centre de lutte contre le cancer) qui m’a redirigée vers la plateforme des Seintinelles
  2. par les Seintinelles (newsletter, site internet, page facebook, compte twitter, etc)
  3. par Lili Sohn (page facebook, compte twitter, etc)
  4. par le flyer de présentation de l’étude
  5. par une amie qui a eu un cancer du sein et qui m’a demandé d’être sa copine « témoin »
  6. par un autre moyen : champ libre

1. Quel est votre département de résidence ?

Liste déroulante des départements à prévoir

**Texte inclusion :**

Merci pour vos réponses. Vous répondez bien aux critères recherchés par l’étude FEERIC. Nous sommes heureux de vous confirmer que vous pouvez y prendre part dès maintenant.

**Texte non inclusion :**

# Nous sommes désolés mais vous ne répondez pas aux critères pour participer à cette étude. Pour y participer il faut en effet :

Si Q3=oui, faire apparaitre :

* être une femme entre 18 et 43 ans
* Avoir eu un cancer du sein sans récidive ni généralisation
* Avoir fini ses traitements principaux hors hormonothérapie (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie)
* Ne pas avoir eu d’hystérectomie ni d’ovariectomie bilatérale

Si un seul de ces critères ne correspond pas, vous ne pouvez alors pas participer à cette étude. Nous vous préviendrons dès qu'une nouvelle étude sera en ligne et aura besoin de volontaires.  
Merci pour votre aide

# Si Q3=non, faire apparaitre :

* être une femme entre 18 et 43 ans
* Ne pas avoir eu de cancer du sein ni d’autre tumeur
* Ne pas avoir eu d’hystérectomie ni d’ovariectomie bilatérale

# Si un seul de ces critères ne correspond pas, vous ne pouvez alors pas participer à cette étude. Nous vous préviendrons dès qu'une nouvelle étude sera en ligne et aura besoin de volontaires. Merci pour votre aide.

Déroulement de l’étude

**1. Comment va se dérouler cette étude ?**

Cette étude se déroule sur 3 ans durant lesquels nous vous solliciterons 6 fois pour répondre à des questionnaires en ligne:

* Un questionnaire principal (30 à 45 minutes) que vous allez débuter dès à présent
* Des questionnaires d’actualisation (10 minutes) qui vous seront reproposés tous les 6 mois pour suivre votre situation

Cette étude a pour objectif d’évaluer la fertilité et la couverture contraceptive des patientes survivantes d’un cancer du sein en comparaison à des femmes indemnes de cancer. Nous manquons en effet de données sur ces deux thématiques, pourtant d’intérêt primordial pour les femmes.

**2. Que va-t-on me demander maintenant ?**

- Vous allez débuter le remplissage du questionnaire principal(e) (30 à 45 min). Vous pouvez l’enregistrer à tout moment et y revenir ultérieurement

- Si vous avez eu un cancer du sein, il vous sera demandé de donner les dates, traitements et informations détaillées sur votre parcours de soin :

* Les dates du diagnostic de votre cancer
* Les traitements que vous avez reçu (chimiothérapie, Herceptin®, radiothérapie, hormonothérapie)
* Les techniques de préservation de la fertilité dont vous avez bénéficié

Si vous êtes concernée par un ou plusieurs de ces cas, munissez-vous de votre dossier médical pour y retrouver plus facilement les informations nécessaires.

- Lorsque vous aurez terminé le remplissage du premier questionnaire, vous recevrez par email le lien vous permettant de remplir le 2e questionnaire 6 mois plus tard.

**3. Nous avons tout d’abord besoin de nous assurer que vous avez bien pris connaissance des modalités de cette étude en lisant sa note d’information (lien à rajouter) et en nous confirmant que vous êtes bien volontaire pour y participer**

J’ai bien pris connaissance de la note d’information relative à l’étude

Je suis volontaire pour y participer

Au moment où je m’inscris, je pense être en mesure d’adhérer au suivi et répondre aux questionnaires durant les 3 ans.

*Si vous pensez qu’il vous sera difficile de poursuivre cet effort pendant 3 ans, il est préférable de ne pas participer à l’étude. D’autres études ponctuelles pourront vous être proposées ultérieurement.*

**4. Vous pouvez désormais commencer à répondre aux questions de cette étude**

Questionnaire initial

Filtre initial : Avez-vous eu un cancer du sein ?

Oui

Non

Si oui : filtres patientes

Si non : filtres témoins

Pour les témoins, aller directement en Q1

Pour les patientes, afficher le texte ci-dessous

Dans ce questionnaire, il vous sera demandé de donner les dates, traitements et informations détaillées sur votre parcours de soin :

* Les dates diagnostic de votre cancer
* Les traitements que vous avez reçu (chimiothérapie, Herceptin®, radiothérapie, hormonothérapie)
* Les techniques de préservation de la fertilité dont vous avez bénéficié

Si vous êtes concernée par un ou plusieurs de ces cas, munissez-vous de votre dossier médical pour y retrouver plus facilement les informations nécessaires.

**Nous allons tout d’abord vous poser quelques questions pour mieux connaitre votre profil et vos antécédents médicaux.**

1. Quel est votre âge ?
2. Quel est votre taille (cm) ?

1. Quel est votre poids actuel (kg) ?

1. Veuillez sélectionner dans la liste ci-dessous votre niveau d’études

* Je n’ai jamais été scolarisée
* J’ai été scolarisée jusqu’en école primaire ou au collège
* Niveau fin de collège avec BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges
* Niveau Lycée avec CAP, BEP ou équivalents
* Niveau Baccalauréat, Baccalauréat technologique ou professionnel, brevet professionnel ou de technicien, ou équivalents
* Niveau Universitaire, BTS, DUT, diplômes de 1er cycle, de 2ème ou 3ème cycle universitaire, diplômes d’une grande école

1. Veuillez sélectionner dans la liste ci-dessous votre profession actuelle ou votre dernière profession si vous ne travaillez plus

* Agriculteur exploitant
* Artisan, commerçant ou chef d’entreprise *(professionnel indépendant)*
* Cadre et profession intellectuelle supérieure *(cadre A de la fonction publique,* *cadre administratif et commercial d’entreprise, profession libérale, professeurs, ingénieur…)*
* Profession intermédiaire *(instituteur, profession intermédiaire des entreprise, cadre B de la fonction publique, technicien…)*
* Employé *(cadre C et D de la fonction publique, employé administratif d’entreprise,* *employé de commerce, personnel des services aux particuliers, militaire, policier…)*
* Ouvrier qualifié ou non qualifié
* Retraité
* Autre personne sans activité professionnelle *(étudiant, chômeur, autres…)*
* Autre / Ne veux pas répondre champ libre

Si patiente, faire apparaitre Q6, sinon passer en Q7

1. Quel était votre statut marital lorsque votre cancer du sein a été diagnostiqué ?

* Célibataire
* Concubinage
* PACS
* Mariée
* Divorcée/séparée
* Veuve

1. Quel est votre statut marital actuel ?

* Célibataire
* Concubinage
* PACS
* Mariée
* Divorcée/séparée
* Veuve

1. Avez-vous déjà fumé au moins 100 cigarettes au total?

Oui

Non

Si Q8=oui, faire apparaitre Q9

1. Avez-vous arrêté de fumer ?

Oui

Non

1. Quelle est/était votre consommation (nombre de cigarettes par jour en moyenne) ?

|\_\_|\_\_|

Moins d’une par jour

1. Combien d’années au total estimez-vous avoir fumé ?

|\_\_|\_\_|année(s)

Fumeuse occasionnelle

*En cas d’interruption(s) puis reprise(s), il vous suffit d’indiquer le cumul global des années.*

**Nous allons à présent nous intéresser aux autres maladies que vous avez potentiellement eues.**

1. Sélectionnez la ou les maladies que vous avez eues au cours de votre vie.

* Infarctus du myocarde
* Accident vasculaire cérébral (AVC) (attaque, hémorragie ou congestion cérébrale…) et accident ischémique transitoire (AIT)
* Maladie thrombo-embolique veineuse (Embolie pulmonaire, phlébite, thrombose...)
* Hypertension artérielle
* Diabète (excepté diabète gestationnel)
* Hypercholestérolémie ou hypertriglycéridémie (problème de cholestérol ou anomalies des lipides)
* Pathologie thyroïdienne
* Insuffisance rénale
* Dépression diagnostiquée par un médecin
* Autre problème de santé significatif, précisez  champ libre
* Je n’ai eu aucune de ces maladies
* Aucune des maladei

1. Quel(s) est (sont) votre(vos) traitement(s habituel(s) (prise quotidienne de médicament) ?

*Ne rapporter ici ni l’hormonothérapie ni la contraception*

champ libre

+ Rajouter une case « aucun traitement »

1. Nous souhaiterions savoir si une ou des personnes de votre entourage proche au premier degré, c’est-à-dire votre mère, votre sœur ou votre fille a eu un cancer du sein. Est-ce le cas dans votre famille que ce soit du côté maternel ou paternel?

Oui

Non

1. Nous souhaiterions savoir si une ou des personnes de votre entourage au second ou au troisième degré (c’est-à-dire votre tante, votre grand-mère, ou votre cousine etc…) a eu un cancer du sein. Est-ce le cas dans votre famille que ce soit du côté maternel ou paternel?

Oui

Non

Si Q14 et/ou Q15=oui, faire apparaitre Q16

SI Q14 et Q15=non, passer en Q17

1. Veuillez indiquer le nombre de personnes atteintes par un cancer du sein  (nombre total des proches au 1er, 2e et 3e degré de parenté du côté maternel ou paternel):

Si patiente, faire apparaitre Q17 à Q70

Si témoin, passer directement en Q71

**Nous allons à présent vous interroger sur votre cancer du sein et les traitements que vous avez reçus.**

1. Quelle est la date de votre premier traitement pour le cancer du sein? (mois/année)

Je ne sais pas

1. Avez-vous été opérée pour votre cancer du sein (tumorectomie, mastectomie etc….) ?

Oui

Non

Si Q18=non, passer directement à la Q56 et faire apparaitre Q56 à Q70

**Les questions qui suivent concernent vos traitements AVANT la chirurgie de votre cancer du sein.**

1. Avez-vous eu un traitement anti-tumoral (chimiothérapie/ radiothérapie ou hormonothérapie) AVANT la chirurgie de votre cancer du sein?

Oui

Non

Si Q19=non, passer directement à la Q34

1. Avez-vous reçu de la chimiothérapie AVANT la chirurgie?

Oui

Non

Si Q20=non, passer à la Q24

Si Q20=oui, passer à la Q21

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. *Si oui, Quelle(s) chimiothérapie(s) avez-vous reçu ?*   *(Plusieurs réponses possibles)*  *Ex : si vous avez reçu 3 cures de FEC et 3 cures de Taxotère,*  *inscrire le chiffre 3 en b1 et 3 en b2*  *Ex 2 : si vous avez reçu 4 cures d ‘AC, inscrire le chiffre 4 en c* | *Nombre de séances reçues* | |
| 1. Je ne connais pas le nom de la chimiothérapie |  |  |
| 1. J’ai reçu une chimiothérapie en 2 séquences avec :  * b1. 1ère séquence : des anthracyclines (épirubicine ou adriamycine) et du cyclophosphamide (Endoxan) * b2. 2ème séquence : un taxane (taxol™ (paclitaxel) ou du taxotère™ (docétaxel)   *Exemples de protocoles comprenant anthracyclines – cyclophophamide puis taxanes :*   * *FEC-taxotere* * *FEC- taxol* * *EC-taxotere* * *EC- taxol* * *FAC-taxotere* * *FAC- taxol* * *AC-taxotere* * *AC- taxol* | b1. Nb cures 1ère séquence :  |\_\_|\_\_| Je ne sais pas  b2. Nb cures 2ème séquence :  |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |
| c. J’ai reçu une chimiothérapie avec un seul protocole, contenant anthracyclines (épirubicine ou adriamycine) et du cyclophosphamide (Endoxan) et je n’ai PAS reçu de taxanes  *Exemples de protocoles comprenant anthracyclines – cyclophophamide SANS TAXANES :*   * *FEC* * *EC* * *FAC* * *AC* | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |
| 1. Autre, précisez :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |

|  |  |
| --- | --- |
| Veuillez indiquer ici en toutes lettres votre protocole de chimiothérapie : |  |
| Mettre un champ commentaires libres |  |

1. Quelle était la date du début de votre traitement ? (mois/année) Je ne sais pas
2. Quelle était la date de fin de votre dernière cure/séance de chimiothérapie ? (mois/année) Je ne sais pas
3. Avez-vous reçu du Trastuzumab (Herceptin™) AVANT la chirurgie?

Oui

Non

Je ne sais pas

Si Q24=non, passer à la Q27

SI Q24=oui, faire apparaitre Q25 et Q26

1. Quelle était la date du début de votre traitement ? (mois/année) Je ne sais pas
2. Quelle était la date de la dernière injection de trastuzumab (Herceptin™) ? (mois/année) Je ne sais pas
3. Avez-vous reçu une hormonothérapie AVANT la chirurgie?

Oui

Non

Je ne sais pas

Si Q27=non, passer à Q31

Si Q27=oui, faire apparaitre Q28 et suivantes

Si un type d’hormonothérapie est sélectionné, faire apparaitre la durée du traitement

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. *Quelle(s) hormonothérapie(s) avez-vous reçu?* | *Durée du traitement (mois)* | |
| a. Je ne connais pas le nom de l’hormonothérapie |  |  |
| b. Tamoxifène (Tamofène™, Nolvadex™, Apo-tamox™, Tamec™,Tamizam™, Tamoplex™) | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |
| c. Anastrozole (Arimidex™, Zolitrat™) | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |
| d. Létrozole (Fémara™) | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |
| e. Fulvestrant (Faslodex™) | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |
| f. Exémestane (Aromasine™) | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |
| g. Agonistes du GnRH /LHRH : Gosereline (Zoladex™), Leucoproréline (Eligard™, Enantone™) | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |

1. Quelle était la date du début de votre traitement ? (mois/année) Je ne sais pas
2. Quelle était la date de fin de votre dernière prise / injection *définitive* d’hormonothérapie ? (mois/année)

Je ne sais pas

1. Avez-vous reçu de la radiothérapie AVANT la chirurgie?

Oui

Non

Je ne sais pas

Si Q31=non, passer à la Q34

Si Q31=oui, faire apparaitre Q32 et Q33

1. Quelle était la date du votre première séance de radiothérapie? (mois/année) Je ne sais pas
2. Quelle était la date de votre dernière séance de radiothérapie ? (mois/année) Je ne sais pas

**Nous allons maintenant nous intéresser à la chirurgie pour votre cancer du sein.**

Si Q18 = oui

1. Quel type de chirurgie avez-vous eu pour le traitement de votre cancer? Plusieurs réponses possibles

* J’ai eu un **traitement conservateur** c’est-à-dire que le sein a été conservé : une tumorectomie, une mastectomie partielle, une quadrantectomie ou un PAMectomie
* J’ai eu une **mastectomie totale** c’est-à-dire que le sein a été entièrement retiré
* On m’a fait une chirurgie du **ganglion sentinelle** (en moyenne 1 à 4 ganglions sont enlevés sous l’aisselle)
* On m’a fait un **curage axillaire** (ablation des ganglions de l’aisselle)
* Je ne sais pas

1. Avez-vous eu une reconstruction mammaire pour votre cancer du sein?

Oui

Non

La reconstruction est prévue ultérieurement

**Nous allons maintenant nous intéresser aux traitements de votre cancer réalisés APRES la chirurgie.**

Si Q18 = oui

1. Avez-vous eu un traitement anti-tumoral (chimiothérapie et/ou radiothérapie et/ou hormonothérapie) APRES la chirurgie de votre cancer du sein?

Oui

Non

Si Q36= non, passer directement à la Q74

1. Avez-vous reçu de la chimiothérapie APRES la chirurgie?

Oui

Non

Si Q37=non, passer à la Q41

Si Q37=oui, faire apparaitre Q38 et suivantes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. *Si oui, Quelle(s) chimiothérapie(s) avez-vous reçu ?*   *(Plusieurs réponses possibles)*  *Ex : si vous avez reçu 3 cures de FEC et 3 cures de Taxotère,*  *inscrire le chiffre 3 en b1 et 3 en b2*  *Ex 2 : si vous avez reçu 4 cures d ‘AC, inscrire le chiffre 4 en c* | *Nombre de séances reçues* | |
| 1. Je ne connais pas le nom de la chimiothérapie |  |  |
| 1. J’ai reçu une chimiothérapie en 2 séquences avec :  * b1. 1ère séquence : des anthracyclines (épirubicine ou adriamycine) et du cyclophosphamide (Endoxan) * b2. 2ème séquence : un taxane (taxol™ (paclitaxel) ou du taxotère™ (docétaxel)   *Exemples de protocoles comprenant anthracyclines – cyclophophamide puis taxanes :*   * *FEC-taxotere* * *FEC- taxol* * *EC-taxotere* * *EC- taxol* * *FAC-taxotere* * *FAC- taxol* * *AC-taxotere* * *AC- taxol* | b1. Nb cures 1ère séquence :  |\_\_|\_\_| Je ne sais pas  b2. Nb cures 2ème séquence :  |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |
| c. J’ai reçu une chimiothérapie avec un seul protocole, contenant anthracyclines (épirubicine ou adriamycine) et du cyclophosphamide (Endoxan) et je n’ai PAS reçu de taxanes  *Exemples de protocoles comprenant anthracyclines – cyclophophamide SANS TAXANES :*   * *FEC* * *EC* * *FAC* * *AC* | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |
| 1. Autre, précisez :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |

|  |  |
| --- | --- |
| Veuillez indiquer ici en toutes lettres votre protocole de chimiothérapie : |  |
| Mettre un champ commentaires libres |  |

1. Quelle était la date de la première cure de chimiothérapie? (mois/année) Je ne sais pas
2. Quelle était la date de la dernière cure de chimiothérapie ? (mois/année) Je ne sais pas
3. Avez-vous reçu du Trastuzumab (Herceptin™) APRES la chirurgie?

Oui

Non

Je ne sais pas

Si Q41=non, passer à la Q44

Si Q41=oui, faire apparaitre Q42 et suivantes

1. Quelle était la date du début de votre traitement ? (mois/année) Je ne sais pas
2. Quelle était la date de la dernière injection de trastuzumab (Herceptin™)? (mois/année) Je ne sais pas

1. Vous a-t-on prescrit une hormonothérapie APRES la chirurgie?

Oui

Non

Si Q44=oui, afficher Q44bis

Si Q44=non, passer en Q53

44bis. L’avez-vous effectivement prise ?

Oui

Non

Si Q44bis=non, passer à la Q53

Si Q44bis=oui, faire apparaitre Q45 et suivantes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. *Quelle(s) hormonothérapie(s) avez-vous reçu?* | *Durée du traitement (mois)* | |
| a. Je ne connais pas le nom de l’hormonothérapie |  |  |
| b. Tamoxifène (Tamofène™, Nolvadex™, Apo-tamox™, Tamec™,Tamizam™, Tamoplex™) |  | |
| c. Anastrozole (Arimidex™, Zolitrat™) | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |
| d. Létrozole (Fémara™) | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |
| e. Fulvestrant (Faslodex™) | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |
| f. Exémestane (Aromasine™) | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |
| g. Agonistes du GnRH /LHRH : Gosereline (Zoladex™), Leucoproréline (Eligard™, Enantone™) | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |

1. quelle était la date du début de votre traitement ? (mois/année) Je ne sais pas
2. quelle était la date de la dernière prise / injection d’hormonothérapie?

* Date MM/AAA
* Je ne sais pas
* Mon traitement est actuellement en cours

1. Avez-vous arrêté temporairement ou définitivement votre hormonothérapie avant la fin de la durée prévue?

48.1. Oui (l’arrêt était temporaire et je l’ai repris après)

48.2. Oui (l’arrêt est définitif et je ne veux pas le reprendre)

48.3. Non (je ne l’ai jamais arrêté et continue de la prendre)

48.4. Actuellement je ne prends pas d’hormonothérapie mais je la reprendrai peut être après

Si Q48=1,2 ou 4, faire apparaitre Q49 et suivantes, si non passer en Q53

1. Pour quelle(s) raison(s) ?

Effet indésirable

Désir de grossesse

Grossesse survenue sous traitement

Choix personnel

Autre : champ libre

Si Q49=effet indésirable, faire apparaitre Q49bis

49bis. Quel effet indésirable avez-vous ressenti ?

* douleur articulaire
* fatigue physique
* troubles de l'humeur
* troubles du sommeil
* prise de poids
* phlébites (caillot dans les veines) ou embolie pulmonaire
* sécrétions vaginales/ saignements vaginaux anormaux

1. Quelle était la date de l'arrêt de votre traitement ? (mois/année) Je ne sais pas
2. Avez-vous repris votre hormonothérapie par la suite ?

Oui

Non

Si Q51=oui, faire apparaitre Q52

1. Quelle était la date de la reprise traitement ? (mois/année) Je ne sais pas
2. Avez-vous reçu de la radiothérapie APRES la chirurgie?

Oui

Non

Si Q53=non, passer à la Q71

Si Q53=oui, faire apparaitre Q54 et Q55

1. Quelle était la date de début de votre radiothérapie? (mois/année) Je ne sais pas
2. Quelle était la date de la dernière séance de radiothérapie ? (mois/année) Je ne sais pas

Si Q18= non, faire apparaitre Q56 à Q72

Si Q18=oui, sauter les questions Q56 à Q70 et passer directement en Q71

Q56 à Q70, que si Q18=non

1. Avez-vous reçu de la chimiothérapie?

Oui

Non

Si Q56=non, passer à la Q60

Si Q56=oui, faire apparaitre Q57 et suivantes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. *Si oui, Quelle(s) chimiothérapie(s) avez-vous reçu ?*   *(Plusieurs réponses possibles)*  *Ex : si vous avez reçu 3 cures de FEC et 3 cures de Taxotère,*  *inscrire le chiffre 3 en b1 et 3 en b2*  *Ex 2 : si vous avez reçu 4 cures d ‘AC, inscrire le chiffre 4 en c* | *Nombre de séances reçues* | |
| 1. Je ne connais pas le nom de la chimiothérapie |  |  |
| 1. J’ai reçu une chimiothérapie en 2 séquences avec :  * b1. 1ère séquence : des anthracyclines (épirubicine ou adriamycine) et du cyclophosphamide (Endoxan) * b2. 2ème séquence : un taxane (taxol™ (paclitaxel) ou du taxotère™ (docétaxel)   *Exemples de protocoles comprenant anthracyclines – cyclophophamide puis taxanes :*   * *FEC-taxotere* * *FEC- taxol* * *EC-taxotere* * *EC- taxol* * *FAC-taxotere* * *FAC- taxol* * *AC-taxotere* * *AC- taxol* | b1. Nb cures 1ère séquence :  |\_\_|\_\_| Je ne sais pas  b2. Nb cures 2ème séquence :  |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |
| c. J’ai reçu une chimiothérapie avec un seul protocole, contenant anthracyclines (épirubicine ou adriamycine) et du cyclophosphamide (Endoxan) et je n’ai PAS reçu de taxanes  *Exemples de protocoles comprenant anthracyclines – cyclophophamide SANS TAXANES :*   * *FEC* * *EC* * *FAC* * *AC* | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |
| 1. Autre, précisez :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |

|  |  |
| --- | --- |
| Veuillez indiquer ici en toutes lettres votre protocole de chimiothérapie : |  |
| Mettre un champ commentaires libres |  |

1. Quelle était la date de début de votre chimiothérapie ? (mois/année) Je ne sais pas
2. Quelle était la date de fin de votre dernière cure de chimiothérapie? (mois/année) Je ne sais pas
3. Avez-vous reçu du Trastuzumab (Herceptin™) ?

Oui

Non

Si Q60=non, passer à la Q63

Si Q60= oui, faire apparaitre Q61 et suivantes

1. Quelle était la date de début de votre traitement ? (mois/année) Je ne sais pas
2. Quelle était la date de fin de votre dernière injection de trastuzumab (Herceptin™)? (mois/année) Je ne sais pas
3. Vous a-t-on prescrit de l’hormonothérapie ?

Oui

Non

Si Q63=non passer à la Q68

Si Q63=oui, faire apparaitre Q63bis et suivantes

63bis. L’avez-vous effectivement prise ? Oui/non

Si Q63bis=oui, afficher Q64 et suivantes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. *Quelle(s) hormonothérapie(s) avez-vous reçu?* | *Durée du traitement (mois)* | |
| a. Je ne connais pas le nom de l’hormonothérapie |  |  |
| b. Tamoxifène (Tamofène™, Nolvadex™, Apo-tamox™, Tamec™,Tamizam™, Tamoplex™) | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |
| c. Anastrozole (Arimidex™, Zolitrat™) | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |
| d. Létrozole (Fémara™) | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |
| e. Fulvestrant (Faslodex™) |  | |
| f. Exémestane (Aromasine™) | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |
| g. Agonistes du GnRH : Gosereline (Zoladex™), Leucoproréline (Eligard™, Enantone™) | |\_\_|\_\_| Je ne sais pas | |

1. Quelle était la date de début de votre traitement ? (mois/année) je ne sais pas
2. Actuellement, êtes-vous toujours sous hormonothérapie ?

Oui

Non

Si Q66=non, passer à la Q68

1. Quelle était la date de fin de votre dernière prise/injection d’hormonothérapie? (mois/année)

Je ne sais pas

Mon traitement est actuellement en cours

1. Avez-vous reçu de la radiothérapie ?

Oui

Non

Si Q68=non, passer à la Q71

1. Quelle était la date de début de votre traitement ? mois/année) Je ne sais pas
2. Quelle était la date de votre dernière séance de radiothérapie ? mois/année) Je ne sais pas

**Nous allons à présent passer à des questions qui concernent une éventuelle prise en charge dans une consultation en oncogénétique (évaluation du risque de cancer lié à une anomalie génétique chez vous et dans le reste de votre famille).**

Q71 à Q73 pour tout le monde

1. Avez-vous déjà bénéficié d'une consultation d'oncogénétique (consultation visant à évaluer le risque de développer un cancer au vu de votre histoire familiale)?

Oui

Mon rdv est prévu mais je n’y suis pas encore allée

Non

Je ne sais pas

Si Q71=non, passer à la Q74

Si Q71=oui, faire apparaitre Q72 et suivantes

1. Une prédisposition génétique héréditaire au cancer (ex : BRCA1, BRCA2, PALB2 etc…) a-t-elle été retrouvée ?

* Oui
* Non
* Il n’y a pas eu d’indication à effectuer l’analyse
* L’analyse génétique est actuellement en cours
* Je ne sais pas

Si Q72=oui, faire apparaitre Q73

1. Quelle est cette prédisposition ?

* BRCA1
* BRCA2
* PALB2
* Autre champ libre
* Je ne sais pas

Q 74 à 81 que pour les témoins

**Nous allons à présent vous interroger sur vos antécédents gynécologiques et les potentielles pathologies gynécologiques que vous auriez eues.**

1. A quel âge avez-vous eu vos premières règles? (années) *Si vous ne vous vous souvenez pas de l’âge exact, vous pouvez répondre l’âge qui vous semble le plus proche*
2. En dehors d’une prise de pilule ou de contraception hormonale, comment qualifieriez-vous la LONGUEUR de vos cycles ? (c’est-à-dire le nombre de jours qui s’écoulent entre le 1er jour de vos règles et vos règles suivantes)
   * + - * longueur normale (27 à 35 jours)
         * longs (plus de 35 jours)
         * courts (moins de 26 jours)
         * absence de cycles
         * je ne sais pas

75bis. En dehors d’une prise de pilule ou de contraception hormonale, comment qualifieriez-vous la REGULARITE de vos cycles ? (c’est-à-dire le nombre de jours qui s’écoulent entre le 1er jour de vos règles et vos règles suivantes)

* + - * + réguliers (moins de 7 jours de différence de longueur entre 2 cycles)
        + irréguliers (plus de 7 jours de différence de longueur entre 2 cycles)
        + absence de cycles
        + je ne sais pas

1. Effectuez-vous un suivi gynécologique régulier (au moins une fois par an)?

Oui

Non

Si Q76=oui, faire apparaitre Q77

1. Par quel professionnel de santé est-il assuré? (plusieurs choix possibles)

* Gynécologue
* Sage-femme
* Médecin généraliste
* Centre de planning familial
* Autre  champ libre

1. Quels sont vos antécédents gynécologiques ? Plusieurs choix possibles
   1. Endométriose

Si Q78.1, faire apparaitre :

Avez-vous une atteinte de : (plusieurs choix possibles)

* Intestin
* Ovaire uni/bilatéraux
* Vessie
* Vagin
* Urétère
* Adenomyose
* Je ne sais pas
  1. Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)
  2. Fibrome utérin
  3. Polype, pathologie de l’endomètre
  4. Infection génitale haute (salpingite)
  5. Kyste ovarien
  6. Lésion pré-cancéreuse du col de l'utérus
  7. Aucun de ces antécédents
  8. Je ne sais pas
  9. Autre champ libre

1. Avez-vous déjà bénéficié d'une des chirurgies gynécologiques suivantes ?
   * Chirurgie de l’utérus (fibrome, polype…)
   * Chirurgie du col de l’utérus (conisation)
   * Chirurgie des ovaires (ablation d’un kyste, ablation d’un ovaire)
   * Chirurgie des trompes (infertilité)
   * Chirurgie pour une endométriose
   * Aucune chirurgie
   * Autre champ libre
2. Quelles étaient les éventuelles pathologies détectées au niveau de vos seins ? *plusieurs choix possibles*

* Pathologie mammaire bénigne ayant été diagnostiquée par biopsie ou chirurgie (Adénofibrome, polyadénomatose, tumeur phyllode, dystrophie fibro-kystique, hyperplasie épithéliale avec ou sans atypie, papillome, etc… )
* Mastodynies (douleurs mammaires)
* Autre champ libre
* Aucune de ses propositions
* Je ne sais pas/ je ne sais plus

1. Avez-vous déjà bénéficié de l’'une des chirurgies du sein suivantes?

* Je n’ai eu aucune chirurgie du sein
* Chirurgie à visée esthétique (plastie, prothèses, réduction)
* Ablation d’un nodule (fibro-adénome…)
* Ablation de microcalcifications
* Autre champ libre

**Q82 à Q89 que pour patientes**

**Nous allons à présent vous interroger sur vos antécédents gynécologiques et les potentielles pathologies gynécologiques que vous auriez eues.**

**Les questions concernent les évènements survenus AVANT votre cancer.**

1. A quel âge avez-vous eu vos premières règles? (années) Si vous ne vous vous souvenez pas de l’âge exact, vous pouvez répondre l’âge qui vous semble le plus proche.

83. AVANT votre cancer, en dehors d’une prise de pilule ou de contraception hormonale, comment qualifieriez-vous la LONGUEUR de vos cycles (c’est-à-dire le nombre de jours qui s’écoulent entre le 1er jour de vos règles et vos règles suivantes)?

* + - * + longueur normale (27 à 35 jours)
        + longs (plus de 35 jours)
        + courts (moins de 26 jours)
        + absence de cycles
        + je ne sais pas

83bis. AVANT votre cancer, en dehors d’une prise de pilule ou de contraception hormonale, comment qualifieriez-vous la REGULARITE de vos cycles (c’est-à-dire le nombre de jours qui s’écoulent entre le 1er jour de vos règles et vos règles suivantes)?

* + - * + réguliers (moins de 7 jours de différence de longueur entre 2 cycles)
        + irréguliers (plus de 7 jours de différence de longueur entre 2 cycles)
        + absence de cycles
        + je ne sais pas

1. AVANT votre cancer, bénéficiez-vous d’un suivi gynécologique régulier (au moins une fois par an)?

Oui

Non

Si Q84=oui, faire apparaitre Q85

1. Par quel professionnel de santé était-il assuré? (plusieurs réponses possibles)

* Gynécologue
* Sage-femme
* Médecin généraliste
* Centre de planning familial
* Autre  champ libre

1. Quels étaient vos antécédents gynécologiques AVANT votre cancer du sein? Plusieurs choix possibles

* Endométriose

Si endométriose, faire apparaitre : Avez-vous une atteinte de : (plusieurs choix possibles)

Intestin

Ovaire uni/bilatéraux

Vessie

Vagin

Urétère

Adenomyose

* Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)
* Fibrome utérin
* Polype, pathologie de l’endomètre
* Infection génitale haute (salpingite)
* Kyste ovarien
* Lésion pré-cancéreuse du col de l'utérus
* **Aucun antécédent**
* Je ne sais pas
* Autre champ libre

1. AVANT votre cancer, aviez-vous déjà bénéficié d'une des chirurgies gynécologiques suivantes ?

* **Aucune chirurgie gynécologique**
* Chirurgie de l’utérus (fibrome, polype…)
* Chirurgie du col de l’utérus (conisation)
* Chirurgie des ovaires (ablation d’un kyste, ablation d’un ovaire)
* Chirurgie des trompes (infertilité)
* Chirurgie pour une endométriose
* Autre champ libre

1. Quelles étaient les éventuelles pathologies détectées au niveau de vos seins AVANT votre cancer? plusieurs choix possibles

* Pathologie mammaire bénigne ayant été diagnostiquée par biopsie ou chirurgie (Adénofibrome, polyadénomatose, tumeur phyllode, dystrophie fibro-kystique, hyperplasie épithéliale avec ou sans atypie, papillome, etc… )
* Mastodynies (douleurs mammaires)
* Autre champ libre
* **Aucune de ses propositions**
* Je ne sais pas/ je ne sais plus

1. AVANT votre cancer, avez-vous déjà bénéficié de l’une des chirurgies du sein suivantes?

* **Je n’ai eu aucune chirurgie du sein**
* Chirurgie à visée esthétique (plastie, prothèses, réduction)
* Ablation d’un nodule (fibro-adénome…)
* Ablation de microcalcifications
* Autre champ libre

**Q90 à Q122 pour tout le monde MAIS**

Ne proposer la phrase «**si vous l’utilisiez au moment du diagnostic de votre cancer » que pour les patientes dans les Q94 à Q121**

1. Avez-vous déjà eu un frottis (frottis cervico-vaginal c’est-à-dire un prélèvement de cellules du col de l’utérus visant à dépister les lésions précancéreuses) ?

Oui/Non/Je ne sais pas

Si Q90=oui, faire apparaitre 91

1. Quelle est la date de votre dernier frottis cervico vaginal ? MM/AAAA
2. Utilisez-vous ACTUELLEMENT une méthode contraceptive (pilule, stérilet, préservatif etc…) ?

Oui

Non

Si Q92=non, faire apparaitre Q93, Si Q92=oui, passer à la Q94

Si Q92=non, ne pas faire apparaitre la proposition « est-ce votre contraception actuelle » des Q95, Q97, Q99 et Q101

1. Pour quelle(s) raison(s) ? *plusieurs réponses possibles*

* Actuellement enceinte
* désir de grossesse
* procédure d’assistance médicale à la procréation en cours
* je n’ai pas de partenaire sexuel en ce moment
* je n’ai pas de rapport sexuel en ce moment
* pour une raison de tolérance (saignement par exemple)
* je n’ai pas de règles en ce moment
* j’ai dû arrêter ma pilule et mon médecin ne m’a pas proposé d’autre contraception
* j’ai dû arrêter ma pilule et je ne souhaite pas d’autre contraception
* autre : champ libre

Si Q93= désir de grossesse ou PMA (2 premières propositions), ne pas faire apparaitre Q102 ni Q149

**Nous allons désormais vous interroger sur la (les) mode(s) de contraception que vous avez utilisé(s).**

**Pour chacune d’entre elle, nous allons vous demander :**

**- si vous l’avez utilisée**

**- s’il s’agit de votre contraception actuelle**

**- si vous l’utilisiez au moment du diagnostic de votre cancer : que pour les patientes 🡪 attention cela apparait pour les témoins**

1. Avez-vous déjà utilisé une pilule ou un autre type de contraception orale ?

Oui

Non

Si Q94=oui, faire apparaitre Q95, attention les trois premières modalités doivent être exclusives de la 4e

1. Laquelle(s) ? plusieurs réponses possibles

* Une pilule oestro-progestative (Diane™,Leeloo™, Minidril™, Ludéal Gé, Trinordiol™, Daily Gé, Triafémi ™, Jasmine™, Jasminelle™, Yaz™, Zoely™, Qlaira™...)
* Une pilule microprogestative (Optimizette, Cerazette™, Antigone™, Claréal Gé, Desopop)
* Une pilule macroprogestative (Lutéran\*, Lutényl\*, acétate de nomégestrol, acétate de chlormadinone etc…)
* Une pilule mais je ne sais plus laquelle

Pour chaque proposition cochée, faire apparaitre les 2 propositions suivantes, plusieurs réponses possibles

* Est-ce votre contraception actuelle ? oui/non (que si Q92=oui)
* L’utilisiez-vous au moment de votre diagnostic de cancer (que pour les patientes

1. Avez-vous déjà utilisé un stérilet (aussi appelé DIU ou dispositif intra utérin) ?

Oui

Non

Si Q96=oui, faire apparaitre Q97, si non passer à la 98

Pour chaque proposition cochée, faire apparaitre les 2 propositions suivantes, plusieurs réponses possibles

* Est-ce votre contraception actuelle ? oui/non que si Q92=oui)
* L’utilisiez-vous au moment de votre diagnostic de cancer (que pour les patientes)

1. Lequel(s) ? plusieurs réponses possibles

* Un stérilet hormonal (Mirena\* ; Jaydess\*)
* Un stérilet au Cuivre

Pour chaque proposition cochée, faire apparaitre les 2 propositions suivantes, plusieurs réponses possibles

* Est-ce votre contraception actuelle ? oui/non que si Q92=oui)
* L’utilisiez-vous au moment de votre diagnostic de cancer (que pour les patientes)

1. Avez-vous déjà utilisé une contraception non orale parmi les suivantes : patch/implant/anneau vaginal/contraception injectable ?

Oui

Non

Si Q98=oui, faire apparaitre Q99, si non passer en Q100

1. Laquelle/lesquelles ? plusieurs réponses possibles

* Patch (Evra™, Lisvy™)
* Implant sous la peau (Nexplanon™, Implanon ™)
* anneau vaginal (Nuvaring™)
* contraception injectable (DepoProvera™)
* je ne sais pas

Pour chaque proposition cochée, faire apparaitre les 2 propositions suivantes, plusieurs réponses possibles

* Est-ce votre contraception actuelle ? oui/non que si Q92=oui)
* L’utilisiez-vous au moment de votre diagnostic de cancer (que pour les patientes)

1. Avez-vous déjà utilisé une autre méthode de contraception non orale (préservatif/spermicide/diaphragme/cape/méthodes dites « naturelles ») ?

Oui

Non

Si Q100=oui, faire apparaitre Q101, si non passer en Q102

1. Laquelle/lesquelles ? plusieurs réponses possibles

* Préservatif masculin
* Spermicide
* Diaphragme
* Cape
* Méthode dite «naturelle» (courbes de température, méthode du calendrier, surveillance de la glaire, coït interrompu…)
* Préservatif féminin
* Autre
* Je ne sais pas

Pour chaque proposition cochée, faire apparaitre les 2 propositions suivantes, plusieurs réponses possibles

* Est-ce votre contraception actuelle ? oui/non que si Q92=oui)
* L’utilisiez-vous au moment de votre diagnostic de cancer (que pour les patientes)

**Q102 pour tout le monde**

Si Q93= désir de grossesse ou PMA, ne pas faire apparaitre Q102

1. Vous ou votre conjoint avez-vous eu une contraception définitive parmi les suivantes ? *plusieurs réponses possibles*

Ni moi ni mon conjoint n’avons eu de contraception définitive

* ressort au niveau des trompes (EssureTM)
* ligature des trompes (clip ou section)
* vasectomie pour votre conjoint

**Q103à Q108 que pour les patientes**

1. Vous avez déclaré avoir utilisé la (les) méthode(s) contraceptive(s) suivante(s) AU MOMENT DU diagnostic  rappeler les méthodes de la question précédente (Q93, 95, 97 et 99) indiquées avoir été prises au moment du DIAGNOSTIC uniquement
2. Vous a-t-on demandé de la(les) arrêter suite au diagnostic ?

Oui

Non

Attention, bien faire apparaître oui / non pour chaque méthode

1. Avez-vous discuté spécifiquement de la question de votre contraception avec un professionnel de santé AU MOMENT DU diagnostic du cancer ?

Oui

Non

Si Q105=oui, faire apparaitre Q106 et 106bis

1. Lequel (lesquels) ? plusieurs réponses possibles

* Gynécologue
* Cancérologue
* Infirmière Diplômée d’État (IDE)
* Médecin traitant
* Centre de planning familial
* Sage-femme
* Je ne sais plus lequel
* Autre : champ libre

106bis. Quand a eu lieu cette consultation ? MM/AAAA

Les **informations** qui vous ont été apportées concernant votre contraception vous ont elles paru satisfaisantes ?

1. Concernant **l’importance** d’avoir une contraception efficace. Sachant que 0 correspond à « pas du tout satisfaisant » et 10 « totalement satisfaisant ».

Prévoir une échelle de 0 à 10

108. Concernant les **différentes options** contraceptives possibles. Sachant que 0 correspond à « pas du tout satisfaisant » et 10 « totalement satisfaisant » .

Prévoir une échelle de 0 à 10

**Q109 à Q112 pour tout le monde**

1. Connaissez-vous l’existence des méthodes de **contraception d'urgence**, pouvant être prises dans les quelques jours suivant un rapport sexuel non protégé (la pilule « du lendemain » fait partie de ces méthodes) ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Si Q109=oui, faire apparaitre Q110 et Q111

1. Pensez-vous que le **stérilet (DIU) puisse être utilisé** comme **contraception d'urgence**dans les 5 jours suivant un rapport sexuel non protégé?

Oui

Non

Je ne sais pas

1. Avez-vous déjà utilisé au cours de votre vie une contraception d'urgence ?

Oui

Non

Si Q111=oui, faire apparaitre Q112

1. Laquelle (lesquelles)? Réponse à choix multiples

* pilule du lendemain
* DIU (stérilet)
* Je ne sais pas

**Q113 à Q116 que pour les patientes**

**Si Q111=non, ne pas faire apparaitre Q113**

1. Avez-vous utilisé une contraception d’urgence DEPUIS LE DIAGNOSTIC de votre cancer ? (plusieurs réponses possibles)

Oui

Non

1. Suite au diagnostic de votre cancer, pensiez-vous que la pilule du lendemain était contre indiquée en raison de votre antécédent de cancer? oui/non
2. L’avez-vous prise depuis le diagnostic de votre cancer ? oui/non

Si Q115=oui, faire apparaitre Q116

1. Laquelle (lesquelles) ? Réponse à choix multiples

* pilule du lendemain
* DIU (Stérilet)
* Je ne sais pas

**Q117 à Q122 que pour les patientes**

1. AVANT votre cancer,  avez-vous eu des difficultés à être enceinte (absence de grossesse après 1 an de rapports sexuels non protégés, fréquents et réguliers en absence de contraception)?

Oui

Non

Je n’ai jamais essayé d’être enceinte

Si Q117 = non, passer directement à la Q129

1. Aviez-vous consulté un médecin spécialisé en infertilité AVANT votre cancer ?

Oui

Non

Si Q118 = non, passer à la Q129

1. Une cause d’infertilité ou d’hypofertilité avait-t-elle été identifiée que ce soit chez vous ou chez votre conjoint?

Oui

Non

Si Q119=non, passer à la Q129

1. De quelle origine était l'infertilité (plusieurs réponses possibles)?

* Masculine (anomalie des spermatozoïdes...)
* Féminine
* mixte

S’il s’agissait d’une infertilité incluant une cause féminine ou mixte faire apparaitre Q120bis

120bis. Etait-ce:

* Un problème d’ovulation
* Un problème de réserve ovarienne diminuée (« âge ovarien » trop avancé)
* Anomalie des trompes
* Une endométriose
* Infertilité inexpliquée
* Je ne sais pas

1. AVANT votre cancer, avez-vous bénéficié de traitements d'assistance médicale à la procréation quelle qu’en soit l’issue?

Oui

Non

Si Q121=oui, faire apparaitre Q122

1. Laquelle (lesquelles) ?

* Traitement par Clomid
* Stimulation ovarienne (injection d'hormone) en dehors d’une procédure de FIV
* Pompe à GnRH
* Insémination artificielle
* Fécondation in vitro (FIV) et/ou ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection)
* Don d'ovocyte
* Don d’embryon

122bis. Si vous le souhaitez, saisissez ici vos commentaires concernant les traitements d’assistance médicale à la procréation. Champ libre

**Q123 à Q128 que pour les témoins**

1. Avez-vous eu des difficultés à être enceinte (absence de grossesse après 1 an de rapports sexuels non protégés, fréquents et réguliers en absence de contraception) ?

Oui

Non

Je n’ai jamais essayé d’être enceinte

Si Q123 = non, passer directement à la Q129

1. Avez-eu consulté un médecin spécialisé en infertilité ?

Oui

Non

Si Q124 = oui, faire apparaître Q125 à Q128

1. Une cause d’infertilité ou d’hypofertilité a-t-elle été identifiée ?

Oui

Non

Si Q125=oui, faire apparaitre la Q126

Si Q125=non, passer en Q129

1. De quelle origine était l'infertilité ?

* Masculine (anomalie des spermatozoïdes...)
* Féminine
* mixte

S’il s’agissait d’une infertilité incluant une cause féminine ou mixte, faire apparaitre Q126b.

126b. Etait ce:

* Un problème d’ovulation
* Un problème de réserve ovarienne diminuée (« âge ovarien » trop avancé)
* Anomalie des trompes
* Une endométriose
* Je ne connais pas la cause
* Infertilité inexpliquée
* Je ne sais pas

1. Avez-vous bénéficié de traitements d'assistance médicale à la procréation quelle qu’en soit l’issue?

Oui

Non

Si Q127=oui, faire apparaitre Q128

1. Laquelle (lesquelles) ?

* Traitement par Clomid™
* Stimulation ovarienne (injection d'hormone) en dehors d’une procédure de FIV
* Pompe à GnRH (pompe implantée sous la peau de manière continue pendant plusieurs jours à semaines)
* Insémination artificielle de sperme
* Fécondation in vitro (FIV) et/ou ICSI
* Don d'ovocyte
* Don d’embryon

128b. Si vous le souhaitez, saisissez ici vos commentaires concernant les traitements d’assistance médicale à la procréation. Champ libre

**Q129 à Q143 pour tout le monde**

**Les questions qui suivent concernent les grossesses que vous avez eu au cours de votre vie.**

1. Avez-vous déjà été enceinte (y compris grossesses interrompues, peu importe la raison).

Oui

Non

Si 129=non, passer directement en Q144

1. Combien avez-vous eu de grossesse(s) (même si celles-ci n’ont pas abouti)?

Proposer les Q131 à Q143 pour chaque grossesse indiquée en Q129

1. Quelle est la date du début de la grossesse ? (mois/année\*) (*rendre l’année obligatoire, mais pas le mois)*
2. Etait-elle désirée ? oui/non

Si Q132=oui, faire apparaitre Q133, si non passer à la Q136

1. Quel était le délai entre début du désir de grossesse et la grossesse (en mois)

Je ne sais pas

Q134. S’agissait-il d’une grossesse obtenue avec intervention médicale (induction ovulation (comprimés +/- injections hormonales sans insémination artificielle) ou assistance médicale à la procréation (insémination artificielle, fécondation in vitro (FIV), fécondation in vitro avec ICSI, accueil d'embryon  etc..)/ réutilisation de matériel congelé obtenu après préservation de la fertilité

Oui/non

Si Q134=oui, afficher Q135, si non passer en Q136

1. De quelle technique avez-vous bénéficié ?

* Une induction de l’ovulation
* une aide médicale à la procréation
* Une réutilisation de matériel congelé obtenu après une préservation de la fertilité

1. Quelle est/a été l’évolution de la grossesse?

* Grossesse menée à terme
* Grossesse en cours (si oui, date prévue de l’accouchement)
* Fausse couche
* Grossesse extra utérine
* IVG (intervention volontaire de grossesse)
* IMG (intervention médicale de grossesse)
* Autre : champ libre

Si Q136=menée à terme, faire apparaitre Q137 à 141

1. Quelle était la date de l’accouchement ? MM/AAAA
2. Quelle était la voie de l’accouchement ? césarienne / voie basse
3. Y a-t-il eu une complication lors de la grossesse/accouchement ?  champ libre (pour chaque grossesse)

Aucune complication lors de la grossesse ou de l’accouchement

1. Votre enfant est-il né avec une malformation ou y’a-t-il eu un autre problème? champ libre (pour chaque grossesse)

Aucune malformation ou problème

1. Etait-ce une grossesse multiple ?

Oui

Non

Si oui, précisez : champ libre

1. Avez-vous allaité au moins un enfant ?

Oui

Non

Si Q142=oui, faire apparaitre Q143

1. Combien de temps aviez-vous allaité ? (durée totale en mois dans votre vie)

Si Q129=1, faire apparaitre Q143b

143b. Si vous le souhaitez, saisissez ici vos commentaires concernant chacune des grossesses

Champ libre

Filtre : que pour femmes ayant indiqué ne pas prendre de contraception hormonale Q144 à 148

(votre contraception actuelle=non pour Q94 à Q101)

**Vous avez indiqué ne pas avoir de moyen de contraception hormonale actuellement. Nous allons à présent vous interroger sur vos cycles menstruels.**

1. Actuellement, êtes-vous enceinte ?

Oui

Non

Si Q144= oui, faire apparaitre Q145 puis passer en Q150

Si Q144=oui, ne pas faire apparaitre Q149

1. Quelle est la date de vos dernières règles ? (jours/mois/année)

Q146 à Q148 apparaissent sauf si au moins une réponse = oui parmi la Q95 = contraception actuelle OU au moins une réponse = oui parmi la Q99 = contraception actuelle (càd que Q144rec ne concerne que Q95 et Q99 et non Q97 et Q101)

1. Avez-vous eu des règles au cours des 3 derniers mois?

Oui

Non

Si Q146=oui, faire apparaitre Q147 et Q147bis

Si Q146=non, faire apparaitre Q148

1. Comment qualifieriez-vous la LONGUEUR de vos cycles actuellement (c’est-à-dire le nombre de jours qui s’écoulent entre le 1er jour de vos règles et vos règles suivantes)?
   * + - * longueur normale (27 à 35 jours)
         * longs (plus de 35 jours)
         * courts (moins de 26 jours)
         * absence de cycles
         * je ne sais pas

Q147bis. Comment qualifieriez-vous la REGULARITE de vos cycles actuellement (c’est-à-dire le nombre de jours qui s’écoulent entre le 1er jour de vos règles et vos règles suivantes)?

* + - * + réguliers (moins de 7 jours de différence de longueur entre 2 cycles)
        + irréguliers (plus de 7 jours de différence de longueur entre 2 cycles)
        + absence de cycles
        + je ne sais pas

1. Que pensez-vous être la cause de l’arrêt de vos règles ?

* grossesse en cours
* accouchement dans les 3 derniers mois
* allaitement
* je suis porteuse d’un stérilet délivrant des hormones
* chirurgie (ablation de l’utérus et/ou des ovaires)
* autre, précisez : champ libre
* je ne sais pas

Si Q144=oui, ne pas faire apparaitre Q149

Si Q93=désir de grossesse, ne pas faire apparaitre Q149

1. Avez-vous actuellement un désir de grossesse ? oui/non/je ne sais pas

Nous souhaiterions à présent vous interroger sur votre sexualité. Les questions suivantes ne sont pas obligatoires, vous êtes libre de ne pas y répondre.

1. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels au cours de votre vie ?

Oui

Non

Je ne souhaite pas répondre

Si Q150=non, passer en Q153 pour les patientes

Et fin du questionnaire pour les témoins

1. Avez-vous actuellement un (des) partenaire(s) sexuel(s) ?

Oui

Non

Je ne souhaite pas répondre

1. Avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 6 derniers mois?

Oui

Non

Je ne souhaite pas répondre

Si Q144=oui ou si Q150=non, ne pas faire apparaitre Q153

1. Avez-vous actuellement des rapports sexuels non protégés sans aucune méthode de contraception dans l'optique de tomber enceinte ? Oui/non/je ne souhaite pas répondre

**Q154 et suivantes, que pour les patientes**

**Fin du questionnaire pour les témoins**

**Les questions qui suivent concernent votre situation au moment du diagnostic de votre cancer du sein**

1. Au moment du diagnostic de cancer, étiez-vous enceinte ?

Oui Oui

Non

Si Q154=non, passer en Q156

SI Q154=oui, afficher Q155 et ne pas faire apparaitre Q156

1. Quelle a été l'issue de la grossesse ?

* Grossesse menée à terme
* Grossesse en cours
* Fausse couche
* Grossesse extra utérine
* IVG (intervention volontaire de grossesse)
* IMG (intervention médicale de grossesse)
* Autre, précisez: champ libre

Si Q155= grossesse en cours, afficher Q155b

155b. Date prévue de l’accouchement

SI Q154=oui, ne pas faire apparaitre Q156

1. Aviez-vous un désir de grossesse au moment du diagnostic de votre cancer?

* Oui, j’avais un désir de grossesse et j’essayais d’être enceinte
* Oui, j’avais un désir de grossesse ultérieur mais je n’essayais pas d’être enceinte
* Non je n’avais pas de désir de grossesse, ni à ce moment-là, ni de projet de grossesse ultérieur

Q156bis. Un soignant (médecin / infirmière / autre...)  vous a-t-il demandé si vous souhaitiez une grossesse après les traitements? Oui/non

1. Avez-vous reçu une information sur les conséquences potentielles des traitements sur la fertilité et les possibilités de grossesseS ultérieures (une seule réponse possible) ?

Oui/non/je ne sais pas

Si Q157=oui, faire apparaitre Q158

1. Cette information vous a telle semblé (sachant que 0 correspond à pas du tout satisfaisant et 10 totalement satisfaisant)

Echelle de 0 à 10

Autre

1. Vous a-t-on proposé une consultation spécialisée d'oncofertilité (information sur fertilité et sur les possibilités de préservation de la fertilité) au moment du diagnostic de votre cancer?

Oui

Non

On ne m’a pas proposé, mais j’ai pris l’initiative d’aller moi-même rencontrer un professionnel

Si Q159=oui ou on ne m’a pas proposé, faire apparaitre Q160

Si Q159=non, passer en Q161

1. Avez-vous effectivement bénéficié d'une consultation spécialisée d'oncofertilité ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Si Q160=oui, faire apparaitre Q161

1. Avez-vous bénéficié de technique de préservation de la fertilité (avec préservation d’ovules, d’embryons ou de tissu ovarien) au moment du diagnostic de votre cancer?

Oui

Non

Si Q161=oui, faire apparaitre Q162 et Q163

Si Q161=non, passer en Q167

1. Etait-ce avant ou après votre chirurgie ?

Avant

Après

Je n’ai pas été opérée

Si Q162=non, faire apparaitre Q163

1. Quelles sont les raisons pour lesquelles vous n’avez pas réalisé de préservation de la fertilité *(plusieurs réponses possibles)*
2. Cela ne m’a pas été proposé
3. Cela m’a été déconseillé par l’équipe oncologique
4. Cela m’a été contre-indiqué par l’équipe oncologique
5. Cela m’a été déconseillé par l’équipe de fertilité
6. Le délai était insuffisant
7. Je n’ai pas souhaité réaliser de préservation de la fertilité : si oui
   * Je n’avais pas de projet de grossesse ultérieure
   * Je craignais les risques liés à la préservation
   * Je souhaitais me concentrer sur le traitement de la maladie
   * Cela me semblait trop contraignant (trajets, anesthésie supplémentaire…)
   * Les informations données étaient insuffisantes / n’étaient pas claires
   * Autre ………………..
8. De quelle méthode avez-vous bénéficié ? Réponse à choix multiples
   1. Cryopréservation ovarienne (congélation de tissu ovarien)
   2. Cryopréservation d'ovocyte(s) (congélation d'ovocytes)
   3. Cryopréservation d'embryon(s) (congélation d'embryon)
   4. Je ne sais pas
   5. Autre  champ libre

Si Q164=c ou d, faire apparaître Q165

1. Ya t’il eu une stimulation ovarienne ?

oui/non/je ne sais pas

Si Q165=oui, faire apparaitre Q166

1. Quel type de stimulation ovarienne ? *plusieurs réponses possibles*

* Injection d’hormones
* Comprimés d’hormonothérapie pour stimuler les ovaires (tamoxifèneTM)
* inhibiteur de l’aromatase (letrozole (Femara™), anastrozole (Arimidex™), exemestane (Aromasine™)
* Je ne sais pas

Si Q20=oui ou Q37=oui, faire apparaitre Q166bis

166bis. Avez-vous reçu des agonistes de la LHRH (enantone, zoladex, etc) pendant la chimiothérapie (injection provocant une ménopause temporaire et ayant pour but de protéger la fonction des ovaires) ? oui/non

Pour toutes les patientes si Q20=oui ou Q27=oui Q37=oui ou Q44=oui ou Q56=oui ou Q63=oui

si Q19 =non et/ou Q36 = non et/ou Q56=non, ne pas faire apparaitre Q167

1. Avez-vous eu un arrêt de règles au cours des traitements (pendant la chimiothérapie ou l’hormonothérapie) ?

Oui

Non

Si Q167=oui, faire apparaitre Q167b et suivantes

167b. De quelle durée ?

167c. Avez-vous eu un arrêt complet de règles de plus de 6 mois au cours des traitements (pendant la chimiothérapie ou l’hormonothérapie) ? oui/non

1. Préciser la date de l’arrêt des règles ? (mois/années) Je ne sais pas
2. Avez-vous eu une reprise des règles?

Oui

Non

Si Q169=oui, faire apparaitre Q170

1. Préciser la date de reprise des règles (mois/année)

Je ne sais pas

1. Avez-vous essayé d’être enceinte depuis la fin de l’ensemble des traitements (chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie, herceptin\* ; Ne pas tenir compte ici de l’hormonothérapie) ?

Oui

Non

Si Q171=oui, faire apparaitre Q172

1. Avez-vous essayé d’être enceinte naturellement ?

Oui

Non

Si Q172=oui, faire apparaitre Q173 et Q174

Si Q172=non, faire apparaitre Q175

1. Depuis quand ? (mois/année) Je ne sais pas
2. Avez-vous réussi à être enceinte naturellement depuis la fin des traitements? oui/non

174bis. Avez-vous eu une grossesse non désirée depuis la fin des traitements ? oui/non

1. Avez-vous essayé d’être enceinte avec une AMP (Aide Médicale à la Procréation) ?

Oui /Non

Si Q175=oui, faire apparaitre Q175bis

175bis. Avez-vous effectivement obtenu une grossesse après AMP qu’elle ait abouti ou non?  oui/non

Faire apparaitre Q176 que si Q161=oui

1. Avez-vous réutilisé du matériel préservé qui avait été conservé dans le cadre d’une préservation de la fertilité ?

Oui/Non

Si Q176=oui, faire apparaitre les questions suivantes

Si Q176=non, arrêt des questions

1. S’agissait-il d’une réutilisation de tissu ovarien congelé ?

Oui/Non/Je ne sais pas

1. S’agissait-il d’une réutilisation d’ovocytes congelés ?

Oui/Non/Je ne sais pas

1. S’agissait-il d’une réutilisation d’embryons congelés ?

Oui/Non/Je ne sais pas

1. La réutilisation du matériel a-t-elle abouti à une grossesse ?

Oui/Non

Si Q180=oui, faire apparaitre Q181

1. Quelle a été l’issue de cette grossesse ?

* Grossesse menée à terme
* Grossesse en cours (si oui, date prévue de l’accouchement)
* Fausse couche
* Grossesse extra utérine
* IVG (intervention volontaire de grossesse)
* IMG (intervention médicale de grossesse)
* Autre : champ libre

Si Q181= grossesse en cours, faire apparaitre Q181b

181b. Quelle est la date prévue de l’accouchement ?

181c. Si vous des commentaires ou suggestions, n’hésitez pas à nous le faire savoir.

Champ libre

FIN QUESTIONNAIRE

**Ecran 1 :**

Afin de valider définitivement votre participation et enregistrer vos réponses, cliquez sur le bouton « valider ».

Bouton Valider

**Ecran 2 :**

Le questionnaire est à présent terminé. Nous vous remercions sincèrement pour votre aide et pour l’attention que vous nous avez accordée, ainsi qu'à cette étude.

**Ecran 3:**    RESULTATS (ils seront envoyés asap)

|  |
| --- |
| **Ecran 4:**  Nous avons une dernière faveur à vous demander. Nous aurions aimé avoir votre ressenti quant aux questions qui vous ont été posées. Si vous êtes d’accord pour nous donner votre avis, cela ne vous prendra pas plus de 2 minutes. Pour cela, cliquez sur le lien suivant : lien (envoyé asap) |
| Cela nous sera très utile pour les études à venir.  + proposer la participation au groupe fermé FB |