

Supplementary Material

Questionnaire de satisfaction - Patientes

A remplir à la fin de l'intervention

Initiales de la patiente N° Inclusion Date / /

Questionnaire rempli : oui = 1 non = 0

Questionnaire de satisfaction évaluant la perception des patientes atteintes de cancer du sein après avoir suivi le programme APA-Stimulation Cognitive de l'étude Cog-Stim.

- Dans son ensemble, avez-vous **apprécié** le programme ?
 - ☐ Oui, beaucoup ☐ Oui, un peu
 - ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout
 - Si non, dites-nous pourquoi :
- **Recommanderiez-vous ce programme ?**
 - ☐ Oui ☐ Juste les exercices cognitifs
 - ☐ Juste l'activité physique adaptée ☐ Non
 - Si non, dites-nous pourquoi :
- Avez-vous l'impression que le programme a permis de **réduire vos difficultés cognitives ?**
 - ☐ Oui, beaucoup ☐ Oui, un peu
 - ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout
- Avez-vous l'impression que le programme a permis d'améliorer **d'autres aspects de votre qualité de vie** (activités quotidiennes, fatigue, confiance en soi etc.) ?
 - ☐ Oui, beaucoup ☐ Oui, un peu
 - ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout
 - Si oui, merci de préciser quelles sont les améliorations ressenties :
- Le **nombre de séances** était-il :
 - ☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant
 - ☐ Peu satisfaisant ☐ Pas du tout satisfaisant
 - Si peu ou pas du tout satisfaisant, dites-nous pourquoi :
- La **durée des séances** était-elle :
 - ☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante
 - ☐ Peu satisfaisante ☐ Pas du tout satisfaisante
 - Si peu ou pas du tout satisfaisante, dites-nous pourquoi :
- La **difficulté des séances d'activité physique/ l'adaptation à vos besoins spécifiques** était-elle :
 - ☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante

☐ Peu satisfaisante ☐ Pas du tout satisfaisante

→ **Si peu ou pas du tout satisfaisante**, dites-nous pourquoi :

- Le **contenu des exercices cognitifs** était-il :

☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant

☐ Peu satisfaisant ☐ Pas du tout satisfaisant

→ **Si peu ou pas du tout satisfaisant**, dites-nous pourquoi :

- Le **contenu des séances d'activité physique** était-il :

☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant

☐ Peu satisfaisant ☐ Pas du tout satisfaisant

→ **Si peu ou pas du tout satisfaisant**, dites-nous pourquoi :

- La **difficulté des exercices cognitifs** était-elle :

☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante

☐ Peu satisfaisante ☐ Pas du tout satisfaisante

→ **Si peu ou pas du tout satisfaisante**, dites-nous pourquoi :

- L'**utilisation des outils numériques** (plateformes d'entraînement cognitif et d'activité physique adaptée, batterie de tests cognitifs en ligne) était-elle :

☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante

☐ Peu satisfaisante ☐ Pas du tout satisfaisante

→ **Si peu ou pas du tout satisfaisante**, dites-nous pourquoi (accès et connexion difficiles, navigation difficile sur le site, autre difficulté technique rencontrée) :

- L'**accompagnement par le personnel** (présentation du programme, coach sportif, suivi téléphonique) était-il :

☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant

☐ Peu satisfaisant ☐ Pas du tout satisfaisant

→ **Si peu ou pas du tout satisfaisant**, dites-nous pourquoi :

- Le **moment** (au cours du parcours de soin) où ce **programme vous a été proposé** était-il :

☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant

☐ Peu satisfaisant ☐ Pas du tout satisfaisant

→ **Si peu ou pas du tout satisfaisant**, dites-nous pourquoi et à quel moment de votre prise en charge vous le jugeriez plus opportun :

- Avez-vous des suggestions, des pistes d'améliorations à proposer pour notre programme ?

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire