

Article title: Development and content validation of a brief French tool for self-assessment of supportive and palliative care needs in patients with cancer: the ACCOmPAgNE tool.

Journal name: European Journal of Cancer Care, a multidisciplinary journal for cancer research – from prevention to palliation

Appendix 1: French version of the ACCOmPAgNE tool.

<p style="text-align: center;">2 JE REPONDS A TOUTES LES QUESTIONS POUR CE THEME</p> <p>1 JE COMMENCE PAR LIRE UN THEME</p>	<p>Quelle est l'importance que j'accorde à ce thème ?</p> <p>0 aucune 1 faible 2 moyenne 3 forte</p>	<p>En ce moment, est-ce que je ressens une difficulté en lien avec ce thème ?</p>	<p>Quelle est l'intensité de cette difficulté ?</p> <p>1 faible 2 moyenne 3 forte</p>	<p>A quel point cette difficulté est pénible pour moi ?</p> <p>1 faiblement 2 moyennement 3 fortement</p>	<p>Est-ce que je souhaite de l'aide des professionnels de santé vis-à-vis de cette difficulté ?</p>
Les symptômes physiques de ma maladie et les effets indésirables des traitements	0 – 1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui → <input type="checkbox"/> non (je passe au thème suivant ↩)	1 – 2 – 3	1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Mon autonomie physique, ma capacité à effectuer seul(e) les gestes du quotidien	0 – 1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui → <input type="checkbox"/> non (je passe au thème suivant ↩)	1 – 2 – 3	1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
L'image que j'ai de mon corps	0 – 1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui → <input type="checkbox"/> non (je passe au thème suivant ↩)	1 – 2 – 3	1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Mon intimité, ma vie sexuelle	0 – 1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui → <input type="checkbox"/> non (je passe au thème suivant ↩)	1 – 2 – 3	1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Mes émotions, mon moral	0 – 1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui → <input type="checkbox"/> non (je passe au thème suivant ↩)	1 – 2 – 3	1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ma capacité à m'adapter à la maladie	0 – 1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui → <input type="checkbox"/> non (je passe au thème suivant ↩)	1 – 2 – 3	1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ma spiritualité, le sens que je donne à ma vie	0 – 1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui → <input type="checkbox"/> non (je passe au thème suivant ↩)	1 – 2 – 3	1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Mes activités sociales : associations, loisirs, travail, etc.	0 – 1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui → <input type="checkbox"/> non (je passe au thème suivant ↩)	1 – 2 – 3	1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ma place vis-à-vis de mes proches (famille, amis, etc.)	0 – 1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui → <input type="checkbox"/> non (je passe au thème suivant ↩)	1 – 2 – 3	1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Le soutien de mon entourage	0 – 1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui → <input type="checkbox"/> non (je passe au thème suivant ↩)	1 – 2 – 3	1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Mon accompagnement médical et social dans sa globalité	0 – 1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui → <input type="checkbox"/> non (je passe au thème suivant ↩)	1 – 2 – 3	1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
L'information relative à ma maladie et à ses traitements	0 – 1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui → <input type="checkbox"/> non (je passe au thème suivant ↩)	1 – 2 – 3	1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
La communication avec les soignants	0 – 1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui → <input type="checkbox"/> non (je passe au thème suivant ↩)	1 – 2 – 3	1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
La prise en compte de mon point de vue dans les décisions concernant ma maladie	0 – 1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui → <input type="checkbox"/> non (je passe au thème suivant ↩)	1 – 2 – 3	1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ma situation financière	0 – 1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui → <input type="checkbox"/> non	1 – 2 – 3	1 – 2 – 3	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

