

IMAPAC



**Questionnaire
T6 semaines
(à remplir au bout
des 6 semaines)**

*Initier et **M**aintenir une
Activité **P**hysique **A**daptée
avec un **C**ancer*

Lieu de pratique de l'APA : _____

IMAPAC |__| - |__|__|__|__|

I – QUESTIONNAIRE

Date du remplissage questionnaire : __/__/____

2 premières lettres du nom : |__|__| Première lettre du prénom : |__|

Année de naissance : |__|__|__|__|
 a a a a

Code postal : |__|__|__|__|__| Commune :

I – QUESTIONNAIRE D'ACTIVITE PHYSIQUE

Q1. Actuellement, pratiquez-vous une ou plusieurs activités physiques et/ou sportives ? 1 Oui 2 Non

Q2. Si non, pourquoi ?

- 1 Je n'ai pas assez de temps 3 Je n'aime pas le sport
2 Ça me coûte trop cher 4 Les structures sont loin de mon domicile
5 Autre précisez : _____

Q3. Si oui : Merci de répondre de manière précise (1 ligne = 1 activité) :

| Quel(s) sport(s) pratiquez-vous ? (exemple : tennis, course à pied, marche régulière, vélo,...) | Combien de temps par semaine en minutes | Depuis combien de temps en mois | A quelle intensité Cf Echelle de Borg De 6 à 20 (ci-après) | Dans quel cadre : (Seul, en groupe, en club) |
|--|---|---------------------------------|--|--|
| <i>Exemple : Vélo</i> | <i>90 min</i> | <i>6 mois</i> | <i>13</i> | <i>En groupe</i> |
| | min | mois | | |
| | min | mois | | |
| | min | mois | | |
| | min | mois | | |
| | min | mois | | |

ECHELLE DE BORG :

| | | | |
|----|-----------------------------------|--|---|
| 6 | Aucun effort | 9 correspond à une activité « très facile ». C'est pour quelqu'un en bonne santé, marcher lentement, à son propre rythme pendant quelques minutes. | *Échelle de perception de Borg Essayez d'apprécier votre effort le plus honnêtement possible. Votre propre perception de l'effort physique est très importante. Regardez sur l'échelle, les niveaux de perception et prenez le nombre correspondant en intensité |
| 7 | Extrêmement facile | | |
| 8 | Très facile | | |
| 9 | | | |
| 10 | Facile | | |
| 11 | | | |
| 12 | Moyennement difficile | | |
| 13 | | | |
| 14 | Difficile | | |
| 15 | | | |
| 16 | Très difficile | | |
| 17 | | | |
| 18 | Extrêmement difficile ou Épuisant | | |
| 19 | | | |
| 20 | Exténuant | | |

II – QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE

| <i>Au cours de la semaine passée</i> | Pas du tout | Un peu | Assez | Beaucoup |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| QLV/1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/2. Avez-vous des difficultés à faire une LONGUE promenade ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/3. Avez-vous des difficultés à faire un PETIT tour dehors ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/4. Etes-vous obligé(e) de rester au lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux WC ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/6. Etes-vous limité(e) d'une manière ou d'une autre pour accomplir, soit votre travail, soit vos tâches habituelles chez vous ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/7. Etes-vous totalement incapable de travailler ou d'accomplir des tâches habituelles chez vous ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

| <i>Au cours de la semaine passée</i> | Pas du tout | Un peu | Assez | Beaucoup |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| QLV/8. Avez-vous eu le souffle court ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/9. Avez-vous eu mal ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

| <i>Au cours de la semaine passée</i> | Pas du tout | Un peu | Assez | Beaucoup |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| QLV/10. Avez-vous eu besoin de repos ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/11. Avez-vous eu des difficultés pour dormir ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/12. Vous êtes-vous senti(e) faible ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/13. Avez-vous manqué d'appétit ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/14. Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/15. Avez-vous vomi ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/16. Avez-vous été constipé(e) ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

| <i>Au cours de la semaine passée</i> | Pas de tout | Un peu | Assez | Beaucoup |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| QLV/17. Avez-vous eu de la diarrhée ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/18. Etiez-vous fatigué(e) ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses par exemple lire le journal ou regarder la télévision ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/21. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/22. Vous êtes-vous fait du souci ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/23. Vous êtes-vous senti(e) irritable ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/24. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/25. Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans votre vie FAMILIALE ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans vos activités SOCIALES (par exemple sortir avec des amis, aller au cinéma,...) ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation :

QLV/29. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre ETAT PHYSIQUE au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6 7
Très mauvais Excellent

QLV/30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre QUALITE DE VIE au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6 7
Très mauvais Excellent

Si vous avez plus de 75 ans, merci de remplir ces quelques questions supplémentaires :

| <i>Au cours de la semaine passée</i> | Pas de tout | Un peu | Assez | Beaucoup |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| QLV/31. Avez-vous eu des difficultés à monter les marches ou les escaliers ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/32. Avez-vous eu des problèmes d'articulation (ex ; raideur, douleur) ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/33. Avez-vous eu l'impression de ne pas très bien tenir sur vos jambes ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/34. Avez-vous eu besoin d'aide pour les tâches ménagères comme le nettoyage ou les courses ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/35. Vous êtes-vous senti(e) capable de parler de votre maladie avec votre famille ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/36. Avez-vous craint que votre famille ne puisse faire face à votre maladie ou votre traitement ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/37. Avez-vous été préoccupée par l'avenir de vos proches ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/38. Vous êtes-vous fait du souci pour votre santé à l'avenir ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/39. Avez-vous douté de l'avenir ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/40. Avez-vous eu peur de ce qui pourrait arriver à l'approche de la mort ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/41. Avez-vous continué à considérer la vie de manière positive ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/42. Vous êtes-vous senti(e) motivé(e) à poursuivre vos loisirs et activités habituels ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/43. A quel point votre maladie vous a-t-elle pesé ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QLV/44. A quel point votre traitement vous a-t-il pesé ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

III – QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Merci de nous donner votre niveau de satisfaction concernant votre prise en charge par l'organisme qui vous a accompagné ces trois derniers mois dans vos activités physiques.

| Etes-vous satisfait(e) | Très satisfait(e) | Assez satisfait(e) | Peu satisfait(e) | Pas satisfait(e) |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| QS1. Des différentes activités proposées ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QS2. Des horaires proposés pour les activités ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QS3. De la durée des activités ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QS4. De la fréquence des activités ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QS5. De la disponibilité des animateurs ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QS6. De l'animation de l'activité ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QS7. Du matériel mis à votre disposition ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QS8. De la taille des groupes | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QS9. De l'ambiance en général | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QS10. Des locaux et salles de sport ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QS11. De l'emplacement des locaux | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QS12. De la prise en compte de vos difficultés ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QS13. De la prise en compte de vos attentes ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

| | Très satisfait(e) | Assez satisfait(e) | Peu satisfait(e) | Pas satisfait(e) |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| QS14. <u>Globalement</u> , êtes-vous satisfait(e) de la prise en charge de vos activités physiques par l'organisme ? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

QS15. Est-ce que vous avez aimé cette prise en charge de l'Activité Physique Adaptée ?

1 Oui 2 Non

QS16. Est-ce que vous allez continuer à pratiquer de l'Activité Physique ?

1 Oui 2 Non

QS16b. Si non, pourquoi ?

QS17. Quelle(s) activité(s) physique(s) avez-vous découvert ?

QS18 En général, lorsque vous pratiquez une activité physique, préférez-vous la pratiquer :

1 Seul(e) 2 A plusieurs 3 Peu importe 4 Pas d'intérêt à continuer le sport

QS19. Avez-vous besoin ou envie d'un encadrement ?

1 Oui, à chaque fois 2 Pas systématiquement 3 Non

Si oui, pourquoi :

QS20. Est-ce que cette expérience a été bénéfique

| | Non | Moyennement | Plutôt oui | Oui tout à fait |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| QS20a. Sur votre santé | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QS20b. Sur votre moral | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QS20c. Dans vos relations avec les autres | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| QS20d. Dans vos activités au quotidien | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

Merci de votre participation