



Enquête de Satisfaction IMAPAC

Initier et Maintenir une
Activité Physique Adaptée
avec un Cancer

Réseau OncoNormandie

I – QUESTIONNAIRE A

Nom de la structure proposant les séances APA : _____

Date du remplissage questionnaire : __/__/____ Code postal : |__|__|__|__|__|

Prescription Médicale APA

Avez-vous eu une Prescription Médicale d'APA ? : OUI NON

Si oui :

Médecin Généraliste

Médecin Hospitalier

Autre : _____

II – QUESTIONNAIRE B

Avez-vous la Couverture Maladie Universelle (CMU), la complémentaire ou l'Aide Médicale de l'Etat (AME : hospitalière ou totale) ?

OUI NON

Avez-vous une mutuelle santé ou une assurance maladie complémentaire ?

OUI NON

Si oui, laquelle :

Recevez-vous une de ces allocations : le Revenu Minimum d'Insertion (RMI), l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), l'Allocation Parent Isolé (API), l'Allocation Solidarité Spécifique (ASS), l'Allocation d'Insertion (AI), l'Allocation de Veuvage, le Minimum Vieillesse ou l'Allocation Supplémentaire de Vieillesse ?

OUI NON

Etes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un 1er emploi ?

OUI NON

III – QUESTIONNAIRE C

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)
Q1. Des différentes activités proposées ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q2. Des horaires proposés pour les activités ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q3. De la durée des activités ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q4. De la fréquence des activités ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q5. De la disponibilité des animateurs ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q6. De l'animation de l'activité ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q7. Du matériel mis à votre disposition ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q8. De la taille des groupes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q9. De l'ambiance en général	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q10. Des locaux et salles de sport ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q11. De l'emplacement des locaux	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q12. De la prise en compte de vos difficultés ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q13. 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)
Q14. <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"/>

Q15. Est-ce que vous avez aimé cette prise en charge de l'Activité Physique Adaptée ?

1 Oui 2 Non

Q16. Est-ce que vous allez continuer à pratiquer de l'Activité Physique ?

1 Oui 2 Non

Q16b. Si non, pourquoi ?

Q17. Quelle(s) activité(s) physique(s) avez-vous découvert ?

Q18 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

Q19. Avez-vous besoin ou envie d'un encadrement ?

1 Oui, à chaque fois 2 Pas systématiquement 3 Non

Si oui, pourquoi :

Q20. Est-ce que cette expérience a été bénéfique

	Non	Moyennement	Plutôt oui	Oui tout à fait
Q20a. Sur votre santé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q20b. Sur votre moral	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q20c. Dans vos relations avec les autres	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q20d. 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