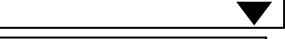


Questionnaire club (auto déclaration à remplir en ligne)

1 questionnaire par activité, donc plusieurs questionnaires à remplir par club si plusieurs activités.

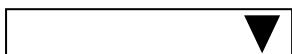
Légende :

	<i>Menu déroulant</i>
	<i>Espace libre de rédaction</i>
	<i>Questions</i>
	<i>Réponses à cliquer</i>

Questionnaire :

1. Public

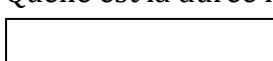
- Quel type de public accueillez-vous ? *Vous pouvez en sélectionner plusieurs.*



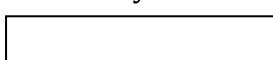
- Sédentaires sans pathologie actuelle déclarée
- Enfants en surpoids ou obèses
- Adultes en surpoids ou obèses
- Personnes de plus de 50 ans
- Lombalgies et pathologies du rachis
- Pathologies articulaires des membres inférieurs
- Diabète
- Pathologies cardiaques (coronariens, insuffisants cardiaque)
- Hyper Tension Artérielle, hypercholestérolémie, syndrome métabolique
- Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
- Asthme
- Insuffisance rénale
- Cancers
- Transplantés
- Handicapés mentaux
- Handicapés physiques

2. Caractéristiques de l'activité (Bénéfices)

- Quel est le niveau de dépense énergétique pendant la majeure partie de la séance ?
 - Faible
 - Modéré
 - Elevé
 - Très élevé
- Quelle est la durée moyenne d'une séance en minutes ?



- Combien y a-t-il de séances par semaine ?



- Votre activité comporte t-elle des variations brutales d'intensité ?
 - Oui
 - Non
- Votre activité comporte t-elle du renforcement musculaire de la ceinture abdominale et/ou proprioception du bassin ?
 - Non significatif
 - Un peu, mais non dominant dans l'activité
 - Oui, de manière dominante dans l'activité
- Votre activité comporte-t-elle des efforts dans des postures sollicitant le rachis dorsolombaire ?
 - Oui
 - Non
- Votre activité développe-t-elle la proprioception, l'équilibre, le schéma corporel ?
 - Non significatif
 - Un peu, mais non dominant dans l'activité
 - Oui, de manière dominante dans l'activité
- Votre activité apporte-t-elle une amélioration du bien être ?
 - Oui, comme toute activité sportive de loisir
 - Oui, en tant que paramètre central dans l'activité (ex : exercices de relaxation)
- La pratique de votre activité comporte-t-elle des risques pour l'appareil locomoteur ?
 - Oui
 - Non
- La pratique de votre activité comporte-t-elle des risques de chute ?
 - Faible
 - Moyen
 - Important
 - Compensés par des équipements spécifiques (ex : tapis, protections)

Si « compensés » : Quels sont ces équipements ?

- Votre activité présente-t-elle des contraintes répétées sur l'appareil locomoteur ? (Risques micro traumatiques)
 - Nulles
 - Modérées
 - Elevées
- Quelle est la fréquence des impulsions/ réceptions ?
 - Nulle
 - Peu fréquente
 - Assez fréquente
 - Dominante
- Quelle est la fréquence des changements rapides de direction ?
 - Nulle
 - Peu fréquente
 - Assez fréquente
 - Dominante

- Votre activité est elle en décharge relative ? (à faible contrainte sur l'appareil locomoteur ?)
 - Oui
 - Non
- Votre équipement sportif dispose-t-il d'un défibrillateur accessible pendant la pratique ?
 - Oui
 - Non

Si oui : Combien de personnes ont été formées à son utilisation ?

Quel type de formation ont -ils suivi ?

- Vos éducateurs sont-ils à jour de leur PSC1 ?
 - Oui
 - Non

3. Qualifications

- Les éducateurs ont-ils suivi une formation spécifique pour le public ciblé ?
 - Oui
 - Non

Si oui : Quel(s) type(s) de formation ont-ils suivi ?

- Diplôme Universitaire
- Formation fédérale
- Formation de réseau de santé
- Formation APA
- Formation relevant du Ministère chargé des sports
- Autre :

Nombre de personnes formées :

Si non : Sont-ils en cours de formation ?

- Oui
- Non

Si oui : Quel(s) type(s) de formation suivent-ils ?

- Diplôme Universitaire
- Formation fédérale
- Formation de réseau de santé
- Formation APA
- Formation relevant du Ministère chargé des sports
- Autre :

Nombre de personnes en formation :

- Des professionnels de santé sont-ils rémunérés par le club pour encadrer l'activité ?
 - Oui
 - Non

Si oui : Est-ce :

- Médecin
- Masseur - Kinésithérapeute
- Infirmier
- Autre :

- Existe-t-il une convention ou un partenariat avec des professionnels de santé ?
 - Oui
 - Non

Si oui : Avec qui ?

- Médecin
- Réseau pluridisciplinaire
- Masseur - Kinésithérapeute
- Centre médico sportif
- UFR STAPS
- Centre Hospitalier
- Autre :

4. Expérience

- Depuis combien d'années accueillez-vous le public ciblé ?

- Quelle est votre capacité d'accueil maximum du public ciblé ?

- Faites-vous apparaître quantitativement ce public visé sur vos différentes demandes de financement ?
 - Oui
 - Non

Si oui : Auprès de quelles structures faites-vous vos demandes ?

5. Démarque d'accompagnement de la pratique

- Procédez-vous à une évaluation initiale de la condition physique et/ou de la motivation ?
 - Oui
 - Non

Si oui : Qu'évaluez-vous ?

- Condition physique
- Motivation
- Mode de vie (actif/sédentaire, habitudes alimentaires...)
- Autre :

- Proposez-vous un accompagnement ou suivi motivationnel individuel (changement de mode de vie/ engagement dans la durée d'un mode de vie actif) ?
 - Oui
 - Non
- Mettez-vous en place des mesures spécifiques d'ordre psychologique pour favoriser l'intégration du public ciblé ?
 - Oui
 - Non

Si oui : Quelles sont-elles ?

- Travail sur l'estime de soi
- Travail sur la représentation de la pathologie
- Autre :

- Mettez-vous en place des mesures spécifiques d'ordre physique par une adaptation de vos entraînements pour favoriser l'intégration du public ciblé ?
 - Oui
 - Non

Si oui : Quelles sont-elles ?

- Programmes allégés
- Constitution de sous-groupes
- Programme passerelle
- Adaptation du matériel
- Autre :

- Comment atténuiez-vous les risques éventuels ?

- Menez-vous des actions en parallèle de la pratique de votre activité en rapport avec la pathologie ?
 - Oui
 - Non

Si oui : Quelles sont-elles ?

- Conférences
- Flyers
- Interventions de spécialistes
- Supports de communication officiels (PNNS, Ministère...)
- Programmes d'activité complémentaire non-encadrée
- Autres :

6. Questions spécifiques par pathologie concernant l'adaptation de la pratique

Ces questions n'apparaissent que si vous avez sélectionné au départ les publics concernés par les titres soulignés en vert ci-dessous.

Obésité

- Des créneaux réservés uniquement au public visé sont-ils mis en place ?
 - Oui
 - Non
- Des compétences techniques permettent-elles de compenser une très mauvaise condition physique?
 - Oui
 - Non
- Le surpoids est-il un facteur majeur dans la limitation de la performance dans cette activité ?
 - Oui
 - Non

Pathologies cardiaques

- Des créneaux réservés uniquement au public visé sont-ils mis en place ?
 - Oui
 - Non
- Evaluez-vous l'intensité de l'activité régulièrement ?
 - Oui
 - Non

Si oui : Par quel moyen ?

- Cardiofréquencemètre,
- Echelle de borg
- Puissance
- Vitesse
- Distance/ séance
- Accéléromètre
- Podomètre
- Autre :

- Les entraînements sont-ils basés sur les résultats d'examens médicaux (ex : épreuves d'effort, compte-rendus de réadaptation cardiaque) ?
 - Oui
 - Non

BPCO/ Asthme

- Exploitez-vous les résultats aux Epreuves Fonctionnelles Respiratoires ou autres explorations fonctionnelles (exemples: teste de marche, VO2...) ?
 - Oui
 - Non
- Votre structure est-elle en lien avec un pneumologue ?
 - Oui
 - Non

HTA

- La majorité des exercices réalisés se fait-elle en blocage respiratoire ?
 - Oui
 - Non

Diabète

- L'activité est-elle à risque de lésions cutanées ?
 - Risque faible
 - Risque moyen
 - Risque important
- Disposez-vous de moyens de « ressucrage » ?
 - Oui
 - Non
- Un travail d'éducation du patient sur les modifications de l'équilibre glycémique induit par l'activité physique est-il mis en place ?
 - Oui
 - Non

Si oui : Par quelle personne/ structure?

- Votre structure est-elle en lien avec un endocrinologue (diabétologue) ?
 - Oui
 - Non