# Questionnaire Activité Physique Adaptée(APA) en MSP

Nombre de séances APA : ❏ 10 séances ❏ 30 séances

## Séances Activité Physique

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Plutôt oui** | **Plutôt non** | **Non** |
| **1.1.** Les objectifs fixés pour la pratique d’activité physique étaient adaptés ? (régularité, intensité, fréquence, durée) |  |  |  |  |
| **1.2.** Le professionnel était clair dans ses explications ? |  |  |  |  |
| **1.3.** Les séances étaient adaptées à vos attentes ? |  |  |  |  |
| **1.4** Avez-vous pris du plaisir à pratiquer ? |  |  |  |  |
| **1.5.** Avez-vous acquis des connaissances grâce au programme ? |  |  |  |  |

## Séances hors activité physique

**2.1**. En plus de l’animateur en activité physique, avez-vous bénéficié de l’intervention d’autres professionnels de santé?

❏ Oui ❏ Non

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.2. Si oui :** | **Oui** | **Plutôt oui** | **Plutôt non** | **Non** |
| **2.2.1** .Les professionnels étaient clairs dans leurs explications ? |  |  |  |  |
| **2.2.2.** Les séances étaient adaptées à vos besoins ? |  |  |  |  |
| **2.2.3.** Avez-vous acquis des connaissances grâce au programme ? |  |  |  |  |
| **2.2.4.** Les différentes interventions vous ont-elles semblé pertinentes ? |  |  |  |  |
| **2.2.5**. Ces séances vous ont t’elles permis de connaître les différents professionnels de santé pouvant vous accompagner dans la prise en charge de votre pathologie chronique ? |  |  |  |  |

## Bilan personnel

**3.1.** Avez-vous ressenti une amélioration sur le plan physique dans votre vie quotidienne ?

❏ Oui ❏ Plutôt oui ❏ Plutôt non ❏ Non

**3.2.** Si oui, de quelle nature ?

❏ Moins de fatigue ❏ Plus d’endurance, moins essoufflé

❏ Plus de force ❏ Meilleur équilibre

❏ Meilleure coordination ❏ Meilleure souplesse

❏ Je dors mieux ❏ Moins de douleurs

❏ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.1**. Avez-vous ressenti une amélioration sur le plan psychologique dans votre vie quotidienne ?

❏ Oui ❏ Plutôt oui ❏ Plutôt non ❏ Non

**4.2.** Si oui, de quelle nature ?

❏ Meilleur moral ❏ Plus de concentration

❏ Meilleure estime de soi ❏ Moins de stress, moins d’anxiété

❏ Plus de confiance en mes capacités à faire de l’activité physique ou sportive.

❏ Meilleure connaissance de soi (capacités, limites)

❏ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Bilan global

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Plutôt oui** | **Plutôt non** | **Non** |
| **5.1.** Ce programme a-t-il répondu à vos attentes ? |  |  |  |  |
| **5.2.** Le programme vous a-t-il permis de changer de comportement vis-à-vis de l’activité physique ? |  |  |  |  |
| **5.3.** Le programme vous a-t-il permis de changer de comportement vis-à-vis de votre santé en général ? |  |  |  |  |
| **5.4.** Vous sentez-vous capable maintenant de faire de l’activité physique ou sportive, seul(e) ou aidé(e) par un professionnel ? |  |  |  |  |
| **5.5.** Avez-vous pu échanger avec les autres participants pendant les séances ? |  |  |  |  |

## Objectif et projet futur

**6.1.** Suite à ce programme, utilisez-vous des modes de déplacements actifs ?

❏ Oui ❏ Non ❏ C’était déjà le cas avant

**6.2.** Si oui lesquels ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7.1.** Comptez-vous poursuivre une activité physique régulière ?

❏ Oui ❏ Plutôt oui ❏ Plutôt non ❏ Non

**7.2.** Comment ?

Activité en autonomie :

❏ Seul(e) (lesquelles) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❏ En groupe (lesquelles) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Activité encadrée :

❏ Si continuer l’activité en cours (laquelle): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❏ Si activité nouvelle (laquelle) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Remarques :