

### QUESTIONNAIRE PSYCHOLOGIQUE (\*)

1- Objectifs sportifs de la dernière saison ?

2- Résultats sportifs de la dernière saison ?

3- Votre saison a-t-elle été conforme à vos objectifs ?  OUI  NON

Commentaire :

4- Que reprenez-vous de votre saison ?

- Bons résultats                       résultats moyens                       mauvais résultats  
 Saison irrégulière                       Méforme                       Blessure

5- A quoi attribuez-vous :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vos performances,                             | <input type="checkbox"/> Vos contre-performances                       |
| <input type="checkbox"/> Mentales <input type="checkbox"/> Physiques   | <input type="checkbox"/> Mentales <input type="checkbox"/> Physiques   |
| <input type="checkbox"/> Techniques <input type="checkbox"/> Tactiques | <input type="checkbox"/> Techniques <input type="checkbox"/> Tactiques |
| <input type="checkbox"/> Entourage <input type="checkbox"/> Autres :   | <input type="checkbox"/> Entourages <input type="checkbox"/> Autre :   |

6- Avez-vous remarqué des différences de performances entre entraînement et compétition ?

- OUI  NON

7- Pour quelles raisons pratiquez-vous votre sport ?

- Performance,                       Habitude                       Argent                       Rencontre avec les gens,  
 Sensations,                       Plaisir                       Reconnaissance personnelle,  
 Amélioration de l'apparence physique                       Action sur le poids (en prendre ou en perdre)  
 Autre : \_\_\_\_\_

8- Arrivez-vous à organiser votre temps ? (Mettre une croix sur la ligne au niveau vous convenant)

Plutôt bien \_\_\_\_\_ Plutôt mal

9- Comment votre famille s'investit dans votre pratique sportive ?

Pas du tout \_\_\_\_\_ Trop

10- Les relations avec votre entraîneur sont :

Très bonne \_\_\_\_\_ Très mauvaise

11- Quelles sont les relations avec votre groupe d'entraînement ?

Très bonne \_\_\_\_\_ Très mauvaise

12- Êtes-vous sujet au stress ?

- En compétition,                       A l'entraînement                       A l'école  
 Au travail / vie professionnelle                       Dans vos relations

13- Arrivez-vous à gérer ce stress ?  OUI  NON  PAS TOUJOURS

14- Imaginez que vous êtes obligés d'arrêter votre pratique sportive (blessures, méforme...) :

- Vous essayez coûte que coûte de continuer votre entraînement  
 Vous travaillez plus  
 Vous déprimez  
 Vous en profitez pour faire une activité de loisirs  
 Vous en profitez pour réaliser d'autres activités relationnelles  
 Autre : \_\_\_\_\_

15- Souhaitez-vous rencontrer un(e) psychologue du sport ?  OUI  NON

(\*) Questionnaire emprunté au service de médecine du sport du C.H.U de Grenoble

Nom : ..... Prénom : ..... Date du jour : .....

## ACTIVITES SPORTIVES

### \* SPORTS PRATIQUES

Spécialité sportive principale : .....

Autres sports pratiqués : .....

Fréquence des compétitions : .....

Avez-vous changé d'activité sportive ? OUI  NON

Avez-vous eu de longues interruptions ? OUI  NON

Pour quelles raisons ? .....

Combien de temps ? .....

### \* PERFORMANCES :

Meilleure performance absolue : .....

Meilleure performance de la saison : .....

Meilleurs Titres : .....

### \* OBJECTIFS :

Objectifs proches : .....

Objectifs saisons : .....

Objectifs futurs : .....

### \* ENTRAINEMENT :

Programme d'entraînement ?

OUI  NON

Fréquence d'entraînement : > 1 fois par semaine :

OUI  NON

Nombre d'entraînement Hebdomadaires : .....

Nombre total d'heures de sport par semaine : .....

Détails sur l'entraînement : .....

Échauffement :

Commentaires : .....

Étirements ?  OUI  NON

Autre : .....

Entraînement :

Jogging ?  OUI  NON

Musculation ?  OUI  NON

Autre : .....

Récupération

Étirements ?  OUI  NON

Hydratation ?  OUI  NON

Alimentation ?  OUI  NON

Spécifiques ?  OUI  NON

Autre : .....

Avez-vous un entraîneur ?  OUI  NON

Nom entraîneur : .....

## HYGIENNE DE VIE (HABITUS)

### \* SOMMEIL :

#### Quantité

Heure de coucher : \_\_\_ : \_\_\_

Heure de réveil : \_\_\_ : \_\_\_

Nb heures de sommeil : \_\_\_

Insuffisant ?

OUI  NON

Hypersomnie ?

OUI  NON

#### Qualité du sommeil

Sommeil réparateur ?  OUI  NON

Insomnie d'endormissement ?  OUI  NON

Insomnie de deuxième moitié de nuit ?  OUI  NON

Sommeil agité ?  OUI  NON

Sieste ?  OUI  NON

Détail : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### \* CONSOMMATION DIVERSES :

**Tabac :** Fumez-vous ?  OUI  NON si oui : \_\_\_ cig/j

Chiquez-vous ?  OUI  NON si oui : \_\_\_ chique/j

**Alcool :** Consommez-vous de l'alcool ?  OUI  NON

Régulièrement  Occasionnellement Fréquence & quantité : \_\_\_\_\_

**Excitants :** Consommez-vous du Thé/Café ?  OUI  NON

Nombre de tasse de thé par jour : \_\_\_ / j      Nombre de tasse de café par jour : \_\_\_ / j

**Toxiques :** Consommez-vous des substances toxiques ?  OUI  NON

Si oui, lesquels et quantités : \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE NUTRITIONNEL (\*)

### \* INFORMATION :

Accidents ou problèmes de santé survenus depuis 1 an :

Y a-t-il eu une incidence sur votre alimentation :  OUI  NON

Commentaires : .....

Y a-t-il eu une incidence sur votre poids :  OUI  NON

Commentaires : .....

### \* HABITUDES ALIMENTAIRES

Type d'alimentation :  Variée et paraissant spontanément équilibrée  Plutôt riche en féculent  
 Plutôt riche en graisse  Plutôt riche en protéine  
 Végétarien  Végétalien

Appétit :  Bon  Moyen  Irrégulier  Mauvais  
Objectifs :  Entretien  Amaigrissement  Prise de poids  Augmentation de la masse musculaire

Aversions et / ou allergies alimentaires :  OUI  NON

Si oui, précisez : .....

Pathologies liées à l'alimentation :  OUI  NON

Si oui, précisez : .....

Changement d'alimentation en fonction des objectifs sportifs ?  OUI  NON

J'ai la sensation d'avoir perdu le contrôle de votre poids :  OUI  NON

Mon poids fluctue de plus de 6 kg dans la saison :  OUI  NON

Je me trouve trop gros(se) alors que les autres me trouvent trop mince ?  OUI  NON

La nourriture domine ma vie ?  OUI  NON

Régime en cours ?  OUI  NON

### \* LES REPAS

Petit-déjeuner :  Jamais  Tous les jours  Autre : \_\_\_\_\_ jours/semaine

Déjeuner :  Jamais  Tous les jours  Autre : \_\_\_\_\_ jours/semaine

Dîner :  Jamais  Tous les jours  Autre : \_\_\_\_\_ jours/semaine

Collation :  Jamais  Tous les jours  Autre : \_\_\_\_\_ jours/semaine

Précisez :  en matinée  l'après-midi  le soir

Grignotage ?  OUI  NON Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

(\*) Questionnaire emprunté au service de médecine du sport du C.H.U de Grenoble

## QUESTIONNAIRE NUTRITIONNEL (SUITE)

### \* HYDRATATION :

*Eau plate, gazeuse (tisanes) :*       1/2 litre       1 litre       > 1 litre  
*Boissons sucrées (sirop, sodas, jus de fruits) :*       Occasionnel       1 verre/j       1-2 verres/j       >2 verres/j  
*Thé/Café :*       <1 tasse/j       1 à 3 tasse/j       >3 tasses/j  
*Vous buvez :*       Lors des repas       entre les repas       à l'entraînement

### \* COMBIEN DE FOIS PAR JOUR MANGEZ – VOUS :

*Lait/yaourts/fromage blanc/petits suisses.....* \_\_\_\_\_/jour  
*Fromages secs.....* \_\_\_\_\_/jour  
*Crème dessert, flan.....* \_\_\_\_\_/jour  
*Des viandes/poissons/œufs/jambon :.....* \_\_\_\_\_/jour  
*Des féculents, autre que le pain : pâtes, riz, pommes de terre, légumes secs :.....* \_\_\_\_\_/jour  
*Pain ou biscottes ou céréales :.....* \_\_\_\_\_/jour  
*Des fruits :.....* \_\_\_\_\_/jour  
*Des légumes crus ou cuits :.....* \_\_\_\_\_/jour

Avez-vous l'habitude de cuisiner « léger » (peu d'huile, de beurre, de crème) :  OUI  NON

### \* COMBIEN DE FOIS PAR SEMAINE MANGEZ – VOUS :

*Des sucreries (bonbons, glaces, barres chocolatées...):*       ≤ 1       2 à 4       > 4  
*Des viennoiseries, pâtisseries :*       ≤ 1       2 à 4       > 4  
*Restauration rapide (sandwich, croque-monsieur, fast-food, quiches...):*       ≤ 1       2 à 4       > 4  
*Des charcuteries (saucisson, pâté...):*       ≤ 1       2 à 4       > 4  
*Fritures, plats en sauce... :*       ≤ 1       2 à 4       > 4

### \* PRENEZ VOUS DES VITAMINES ou DES COMPLEMENTS ALIMENTAIRES ?

*Vitamine C ?*  OUI  NON *Si oui, précisez :* \_\_\_\_\_  
*Protéines ?*  OUI  NON *Si oui, précisez :* \_\_\_\_\_  
*Compléments alimentaires ?*  OUI  NON *Si oui, précisez :* \_\_\_\_\_

### \* PENDANT LE SPORT :

*Vous buvez :*

*Eau :*       OUI       NON *Nature : \_\_\_\_\_ Qté : \_\_\_\_\_ l/h*  
*Boissons sucrées :*       OUI       NON *Nature : \_\_\_\_\_ Qté : \_\_\_\_\_ l/h*  
*Boissons énergétiques :*       OUI       NON *Nature : \_\_\_\_\_ Qté : \_\_\_\_\_ l/h*

*Vous mangez :*

*Barres protidiques :*       OUI       NON *Nature : \_\_\_\_\_ Qté : \_\_\_\_\_ barres/h*  
*Barres de céréales :*       OUI       NON *Nature : \_\_\_\_\_ Qté : \_\_\_\_\_ barres/h*  
*Autres :*       OUI       NON *Nature : \_\_\_\_\_ Qté : \_\_\_\_\_ barres/h*

*Souhaitez-vous rencontrer la diététicienne ?*       OUI       NON

**QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE DU SURENTRAINEMENT  
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE DU SPORT**

**Nom :** ..... **Prénom :** ..... **Date du jour :** .....

**Date de naissance :** .....

**Quelle est votre profession ?** .....

Si vous êtes étudiant, êtes-vous en période d'examens ? oui non

**Quelle est votre discipline sportive principale ?** .....

Niveau de pratique ? International ou National ou Régional ou Départ ou Loisir

Combien d'heures d'entraînement réalisées dans ce dernier mois ? .....

Combien d'heures réalisées cette dernière semaine dans la discipline principale ? .....

Combien d'heures réalisées cette dernière semaine hors de cette discipline principale ? .....

Nombre de compétitions dans le mois qui précède (en journées de compétition) .....

Si vous pratiquez d'autres disciplines sportives, citez-les ? .....

Y a-t-il eu au cours du dernier mois, un événement important ayant perturbé votre vie personnelle ou familiale ? oui non

Avez-vous arrêté votre entraînement pour maladie ou blessure ? oui non

Prenez-vous un traitement actuellement ? oui non Si Oui, lequel ? .....

Avez-vous effectué un stage récent en altitude (dans les derniers 15 jours) ? oui non

Avez-vous été privé de sommeil dans la dernière semaine (décalage horaire ou autres raison) ? Oui non

Avez-vous des troubles des règles ? oui non

**Mettre une croix pour se situer entre ces deux extrêmes :**

**Mon Niveau de Performance est :**

Mauvais < ..... >Excellent

**Je me fatigue :**

Plus lentement < ..... > Plus rapidement

**Je récupère de mon état de fatigue :**

Plus vite < ..... > Plus lentement

**Je me sens :**

Très détendu < ..... > Très anxieux

**J'ai la sensation que ma force musculaire a :**

Augmenté < ..... > Diminué

**J'ai la sensation que mon endurance a :**

Augmenté < ..... > Diminué

Ce dernier mois :

1	Mon niveau de performance sportive/mon état de forme a diminué	OUI	NON	28	Mon coeur bat plus vite qu'avant au repos	OUI	NON
2	Je ne soutiens pas autant mon attention	OUI	NON	29	Mon coeur bat plus vite qu'avant à l'effort	OUI	NON
3	Mes proches estiment que mon comportement a changé	OUI	NON	30	Je suis souvent mal fichu	OUI	NON
4	J'ai une sensation de poids sur la poitrine	OUI	NON	31	Je me fatigue plus facilement	OUI	NON
5	J'ai une sensation de palpitation	OUI	NON	32	J'ai souvent des troubles digestifs	OUI	NON
6	J'ai une sensation de gorge serrée	OUI	NON	33	J'ai envie de rester au lit	OUI	NON
7	J'ai moins d'appétit qu'avant	OUI	NON	34	J'ai moins confiance en moi	OUI	NON
8	Je mange davantage	OUI	NON	35	Je me blesse facilement	OUI	NON
9	Je dors moins bien	OUI	NON	36	J'ai plus de mal à rassembler mes idées	OUI	NON
10	Je somnole et baille dans la journée	OUI	NON	37	J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive	OUI	NON
11	Les séances me paraissent trop rapprochées	OUI	NON	38	Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles	OUI	NON
12	Mon désir a diminué	OUI	NON	39	J'ai perdu de la force, du punch	OUI	NON
13	Je fais de contre-performances	OUI	NON	40	J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler	OUI	NON
14	Je m'enrhume fréquemment	OUI	NON	41	Je dors plus	OUI	NON
15	J'ai des problèmes de mémoire	OUI	NON	42	Je tousse plus souvent	OUI	NON
16	Je grossis	OUI	NON	43	Je prends moins de plaisir à mon activité sportive	OUI	NON
17	Je me sens souvent fatigué	OUI	NON	44	Je prends moins de plaisir à mes loisirs	OUI	NON
18	Je me sens en état d'infériorité	OUI	NON	45	Je m'irrite plus facilement	OUI	NON
19	J'ai des crampes, douleurs musculaires fréquentes	OUI	NON	46	J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle	OUI	NON
20	J'ai plus souvent mal à la tête	OUI	NON	47	Mon entourage trouve que je deviens moins agréable à vivre	OUI	NON
21	Je manque d'entrain	OUI	NON	48	Les séances sportives me paraissent trop difficiles	OUI	NON
22	J'ai parfois des malaises ou des étourdissements	OUI	NON	49	C'est ma faute si je réussis moins bien	OUI	NON
23	Je me confie moins facilement	OUI	NON	50	J'ai les jambes lourdes	OUI	NON
24	Je suis souvent patraque	OUI	NON	51	J'égare plus facilement les objets (clefs, etc..)	OUI	NON
25	J'ai plus souvent mal à la gorge	OUI	NON	52	Je suis pessimiste, j'ai des idées noires	OUI	NON
26	Je me sens nerveux, tendu, inquiet	OUI	NON	53	Je maigris	OUI	NON
27	Je supporte moins bien mon entraînement	OUI	NON	54	Je me sens moins motivé, j'ai moins de volonté, moins de ténacité	OUI	NON