

Méthode d'évaluation de condition physique

Outil d'aide à la décision DAPAP 07 – CDOS 07

Date / /

Evaluateur :

Mode d'orientation :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Ville de naissance :

Adresse postale :

Adresse mail :

Numéro de téléphone :

Avez-vous une reconnaissance ALD Oui Non

Laquelle

Etes-vous bénéficiaire du RSA Oui Non

Etes-vous bénéficiaire de la CMUC/CSS Oui Non

Mutuelle :

Médecin traitant :

Etes-vous fumeur Oui Non

Éléments notables (Vécu sportif, opération...) :

.....
.....

Parcours suivi :

3 mois 6 mois 9 mois

Facture envoyée le :

Payé le :

Test obligatoire Test obligatoire, si l'environnement le permet Test facultatif

1 - TEST D'ÉQUILIBRE STATIQUE (ÉQUILIBRE UNIPODAL)

Temps réalisé en équilibre sur un pied	
Yeux ouverts	Yeux fermés (facultatif)
Pied droit :	Pied droit :
Pied gauche :	Pied gauche :

2. TEST D'ÉQUILIBRE DYNAMIQUE (TIME UP AND GO)

Réalisation du test :

1. La personne est assise sur la chaise, les pieds au sol.
2. Au signal, elle doit se lever et marcher pendant 3 mètres jusqu'à la ligne puis faire demi-tour et retourner s'asseoir.

Temps réalisé pour effectuer un aller-retour
..... s

3. TEST DE SOUPLESSE DES MEMBRES INFÉRIEURS

Distance entre le bout des doigts et le sol
<i>Les distances obtenues si le bénéficiaire n'arrive pas à dépasser ses pieds seront négatives. Les distances obtenues si le bénéficiaire arrive à aller plus loin que ses pieds seront positives.</i>
..... cm

4. TEST DE SOUPLESSE DES MEMBRES SUPÉRIEURS

Ecart entre les mains	
Main droite au-dessus	Main gauche au-dessus
..... cm cm
<input type="checkbox"/> Superposition des mains	<input type="checkbox"/> Superposition des mains

5. TEST DE FORCE DES MEMBRES SUPERIEURS (MAIN G / MAIN D) / Matériel :
Handgrip

Score au handgrip	
Main dominante	Main non dominante
..... kg kg

6. TEST DE FORCE DES MEMBRES INFERIEURS (LEVER/ASSIS SUR UNE CHAISE)

Nombre de relevé de chaise en 30 sec
.....

7. TEST DE MARCHÉ DE 6MIN

	Repos	1 min	2 min	3 min	4 min	5 min	6min	3 min récup
FC (bpm)
SaO2 (%)
Distance			<u>Distance totale :</u>
Echelle de perception de l'effort de 1 à 10							

Données anthropomorphiques :

Taille : cm Poids : kg

Périmètre abdominal (facultatif) : cm

8. Evaluation sédentarité

Êtes-vous en activité professionnelle Oui (remplir ci-dessous) Non

Implique-t'il des tâches physiques répétitives/régulières de forte intensité ?

Oui Combien de jours/semaine : Non

Durée moyenne des tâches :

Implique-t'il des tâches physiques répétitives/régulières d'intensité modérée ?

Oui Combien de jours/semaine : Non

Durée moyenne des tâches :

Combien de temps par jour en moyenne passez-vous assis pour votre travail ?

.....

Transports/trajets

Lors d'une semaine habituelle, faites-vous des trajets à pied ?

Oui Combien de jours/semaine : Non

Durée moyenne d'un trajet :

Lors d'une semaine habituelle, faites-vous des trajets à Vélo ?

Oui Combien de jours/semaine : Non

Durée moyenne d'un trajet :

Lors d'une semaine habituelle, faites-vous des trajets avec un autre moyen de transport (actif) ?

Oui Combien de jours/semaine : Non

Durée moyenne d'un trajet :

Lors d'une semaine habituelle, utilisez-vous des transports motorisés ?

Oui Combien de jours/semaine : Non

Durée moyenne d'un trajet :

Activite de loisir ou au domicile

Lors d'une semaine habituelle, effectuez-vous des tâches ménagères ?

Oui Combien de jours/semaine : Non

Durée moyenne par jour :

Lors d'une semaine habituelle, pratiquez-vous des AP à forte intensité ?

Oui Combien de jours/semaine : Non

Durée moyenne par jour :

Lors d'une semaine habituelle, pratiquez-vous des AP à intensité modérée ?

Oui Combien de jours/semaine : Non

Durée moyenne par jour :

Temps d'écran

Lors d'une semaine habituelle, regardez-vous la télé ?

Oui Combien de jours/semaine : Non

Durée moyenne par jour :

Lors d'une semaine habituelle, passez-vous du temps devant un autre écran ?

Oui Combien de jours/semaine : Non

Durée moyenne par jour :

9. ECHELLE DE PERCEPTION DE LA SANTE

De manière générale, comment estimez-vous votre condition physique actuelle ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Très mauvais

Excellent

Êtes-vous satisfait de votre poids ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout

Extrêmement

Pensez-vous avoir une alimentation équilibrée ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout

Extrêmement

Dormez-vous bien la nuit, vous sentez-vous reposé(e) ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je dors très mal

Je dors très bien

Vous sentez-vous stressé(e) ces temps-ci ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Très stressé

Très détendu

Comment percevez-vous votre niveau de santé générale actuellement ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Très mauvais

Très bon

Vous sentez-vous isolé socialement ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Enormément

Pas du tout

Avez-vous des difficultés de concentration ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Enormément

Pas du tout

10. MOTIVATION

DE FAÇON GÉNÉRALE, POURQUOI FAITES-VOUS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE (AP)?

1 correspond à un total désaccord avec la phrase, 7 correspond à un accord total avec la phrase énoncée. Vous vous positionnez sur chacune des phrases.

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Pour le plaisir que je ressens lorsque je pratique des AP. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Je n'en ai aucune idée, je crois que ça ne me sert à rien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Parce que je me sentirais mal si je ne faisais pas cet effort. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Parce que je pense que l'AP est une bonne chose pour mon développement personnel. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Je ne sais pas vraiment; j'ai l'impression de perdre mon temps lorsque je fais de l'AP. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Pour la satisfaction que je ressens à progresser dans ce genre d'activités. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Parce que l'AP fait partie intégrante du style de vie que j'ai choisi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Franchement je fais de l'AP mais je ne vois pas l'intérêt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Pour ne pas avoir à entendre les reproches de certaines personnes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Parce que je considère que faire de l'AP est une partie de mon identité. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Pour les sensations agréables que me procure l'AP. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Parce que personnellement je considère que c'est un facteur de bien-être. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Parce que je me sentirais nerveux si je n'en faisais pas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Parce que faire de l'AP est cohérent avec mes valeurs | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Parce que certaines personnes me mettent la pression pour que je le fasse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Parce que je pense que l'AP me permettra de me sentir mieux | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Parce que j'y suis obligé(e) par mon entourage. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Parce que je dois le faire pour me sentir bien avec moi-même. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |



Quels seraient les objectifs que nous pourrions nous fixer dans la perspective de notre prochain bilan ? (Idéal - 3 mois)

-
-
-

Dans 3 mois, J'aimerais :

Augmenter mon temps de pratique / diminuer mon temps de sédentarité / prendre plus souvent les transports en commun / racheter un vélo etc...

Dans 6 mois, J'aimerais :

Augmenter mon temps de pratique / diminuer mon temps de sédentarité / prendre plus souvent les transports en commun / racheter un vélo etc...

Dans 9 mois, J'aimerais :

Augmenter mon temps de pratique / diminuer mon temps de sédentarité / prendre plus souvent les transports en commun / racheter un vélo etc...

11. QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

BILAN DE CONDITION PHYSIQUE

De manière général, avez-vous été satisfait de l'échange avec le DAPAP 07 - CDOS 07 ?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Enormément Pas du tout

Quelle a été la modalité d'échange avec l'Enseignant en activité physique adaptée ?

- Rencontre physique Echange téléphonique Echange par email

Suite à cet échange, estimez-vous mieux connaître vos droits dans le sport santé ?

- Tout à fait en désaccord Plutôt en désaccord Plutôt en accord Tout à fait en accord

Estimez-vous que cet échange vous a motivé à vous engager dans l'activité physique pour votre santé ?

- Tout à fait en désaccord Plutôt en désaccord Plutôt en accord Tout à fait en accord

Estimez-vous que l'orientation dont vous avez bénéficié correspondait à vos attentes ?

- Tout à fait en désaccord Plutôt en désaccord Plutôt en accord Tout à fait en accord

PRATIQUE EN ATELIER PASSERELLE

Estimez-vous que l'orientation dont vous avez bénéficié correspond à vos besoins ?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Enormément Pas du tout

Estimez-vous que ces séances vous aient motivé à vous engager dans l'activité physique pour votre santé ?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Enormément Pas du tout

Avez-vous reçu les résultats des bilans de suivis intermédiaires vous permettant de comprendre votre progression ?

- Oui Non

Citez un point positif de votre rencontre avec les acteurs du DAPAP 07 - CDOS 07

Citez un point négatif de votre rencontre avec les acteurs du DAPAP 07 - CDOS 07

1. IMPACT DE L'ACCOMPAGNEMENT DU CDOS 07 SUR LA PRATIQUE D'ACTIVITE PHYSIQUE

Est-ce que l'accompagnement de l'association vous a donné envie de demander une aide que vous ne vouliez pas demander avant ?

- Oui Non

L'accompagnement de l'association vous a t'il permis d'accéder à une nouvelle aide ?

- Oui Non Si oui, dans quel domaine principalement ?
- Ma santé
 - Un logement
 - L'accès à l'aide sociales
 - Dans tous les domaines
 - Ne sait pas

Êtes-vous satisfait de l'accompagnement ou des aides reçues, mise en lumière ?

- Oui Non

L'accompagnement de l'association vous a t'il permis de résoudre au moins une de vos difficultés ?

- Oui Non
- Si oui, dans quel domaine avez-vous identifié de nouvelles solutions ?
- Ma santé
 - Un logement
 - L'accès à l'aide sociales
 - Dans tous les domaines
 - Ne sait pas

L'association a-t-elle contribué à améliorer votre équilibre nutritionnel ?

- Oui Non

Si oui, vous sentez-vous en meilleure santé grâce à ce nouvel équilibre ?

- Oui Non

Vous sentez-vous en meilleure santé grâce à l'accompagnement de l'association ?

- Oui Non

Si oui, dans quel domaine principalement ?

- Médecine Spécialisée (dentiste, Ophtalmo...)
 Paramédical (kinésithérapie, ergothérapie...)
 Médecine générale
 Psychologie ou Psychiatrie
 Non concerné

Est-ce que l'accompagnement de l'association vous a permis d'acquérir de nouvelles compétences ?

- Oui Non

Est-ce que vous aimez participer aux activités de l'association ?

- Oui Non

Vous êtes

- Une Femme Un Homme

Indiquez votre commune de résidence :

Indiquez votre lien avec le CDOS 07 – DAPAP 07

- La pratique d'activité physique adaptée régulière (Atelier Passerelle)
 Un bilan de condition physique + orientation
 Une sensibilisation collective



Dans le cadre de votre accompagnement par **le Comité Départemental Olympique et Sportif de l'Ardèche – Plateforme sport santé 07** les informations recueillies tout au long de votre parcours seront enregistrées dans un fichier informatisé par **Jonathan Bazard** pour **personnaliser, adapter votre accompagnement afin de vous garantir une pratique en activité physique en accord avec vos besoins, envies et objectifs**. La base légale du traitement est « **l'obligation légale** » appliquée à l'activité de l'association.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Médecin traitant, médecins spécialités, professionnels paramédicaux, éducateurs sportifs et/ou enseignants en activité physique adaptée.

Les données sont conservées pendant **3 ans après la fermeture de votre dossier suite à la fin de votre accompagnement**.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter **(le cas échéant, notre délégué à la protection des données ou le service chargé de l'exercice de ces droits) : jonathanbazard@franceolympique.com** Pole Maurice Gounon, 11 Boulevard du Lycée, 07000 Privas / 06 33 49 44 00

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

NOM :

Date et signature :

Prénom :