

Questionnaire de dépistage du surentraînement

(suivant la Société Française de Médecine et de l'Exercice du Sport)

NOM : _____ Prénom : _____

Date du jour : _____

Date de naissance : _____

Profession : _____

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

Quelle est votre discipline sportive principale ? _____

Niveau de pratique : international - national - régional - départemental

Combien d'heures d'entraînement réalisées

dans ce dernier mois :

dans cette dernière semaine dans la discipline principale :

dans cette dernière semaine, autre que dans la discipline principale :

Nombre de jours de compétition dans le mois précédent

(en journées de compétition) :

Si vous pratiquez d'autres disciplines, 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 dû arrêter votre entraînement pour maladie ou blessure ? oui - non

Prenez-vous un traitement actuellement ? oui - non

Si oui, lequel : _____

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

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

Avez-vous des troubles des règles ? oui - non

Mettre une croix pour vous situer entre ces 2 extrêmes :

Mon niveau de performance est :

MAUVAIS < -----> EXCELLENT

Je me fatigue :

PLUS LENTEMENT < -----> PLUS VITE

Je récupère de la fatigue :

PLUS LENTEMENT < -----> PLUS VITE

Je me sens :

TRES DETENDU < -----> TRES ANXIEUX

J'ai la sensation que ma force musculaire a :

AUGMENTE < -----> DIMINUE

J'ai la sensation que mon endurance a :

AUGMENTE < ----- > DIMINUE

	CE DERNIER MOIS :	oui	non
1	Mon niveau de performance sportive, mon état de forme a diminué		
2	Je ne soutiens pas autant mon attention		
3	Mes proches trouvent que mon comportement a changé		
4	J'ai une sensation de poids sur la poitrine		
5	J'ai une sensation de palpitations		
6	J'ai une sensation de gorge serrée		
7	J'ai moins d'appétit qu'avant		
8	Je mange plus (davantage)		
9	Je dors moins bien		
10	Je somnole et baille dans la journée		
11	Les séances me paraissent trop rapprochées		
12	Mon désir sexuel a diminué		
13	Je fais des contre-performances		
14	Je m'enrhume fréquemment		
15	J'ai des problèmes de mémoire		
16	Je grossis		
17	Je me sens souvent fatigué		
18	Je me sens en état d'infériorité		
19	J'ai des crampes, courbatures, douleurs musculaires fréquentes		
20	J'ai plus souvent mal à la tête		
21	Je manque d'entrain		
22	J'ai parfois des malaises ou des étourdissements		

23	Je me confie moins facilement		
24	Je suis souvent patraque		
25	J'ai plus souvent mal à la gorge		
26	Je me sens nerveux, tendu, inquiet		
27	Je supporte moins bien mon entraînement		
28	Mon cœur bat plus vite qu'avant au repos		
29	Mon cœur bat plus vite qu'avant à l'effort		
30	Je suis souvent mal fichu		
31	Je me fatigue plus facilement		
32	J'ai souvent des troubles digestifs		
33	J'ai envie de rester au lit		
34	J'ai moins confiance en moi		
35	Je me blesse facilement		
36	J'ai plus de mal à rassembler mes idées		
37	J'ai plus de mal à me concentrer dans mes activités sportives		
38	Les gestes sportifs sont moins précis, moins habiles		
39	J'ai perdu de la force, du punch		
40	J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler		
41	Je dors plus		
42	Je tousse plus souvent		
43	Je prends moins de plaisir à mon activité sportive		
44	Je prends moins de plaisir à mes loisirs		
45	Je m'irrite plus facilement		
46	J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle		
47	Mon entourage trouve que je deviens moins agréable à vivre		
48	Mes séances sportives me paraissent trop difficiles		

49	C'est ma faute si je réussis moins bien		
50	J'ai les jambes lourdes		
51	J'égare plus facilement les objets (clefs, etc ...)		
52	Je suis pessimiste, j'ai des idées noires		
53	Je maigris		
54	Je me sens moins motivé, j'ai moins de volonté, moins de ténacité		

INTERPRÉTATION :

Réponse oui à plus de 20 items : sujet à risque de surentrainement
(notamment en présence de troubles du sommeil et de l'appétit)