

# ANNEXE 3 : Questionnaire de dépistage du surentrainement de la SFMS (Société Française de Médecine du Sport)

Date .....

Nom: ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Quelle est votre profession ? .....

Si vous êtes étudiant, êtes-vous en période d'examens ? O/N

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

Niveau de pratique ? International / National / Régional / Départ / 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 principal?.....

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 ? O/N

Avez-vous arrêté votre entraînement pour maladie ou blessure? O/N

Prenez-vous un traitement actuellement ? O/N

Lequel ?

Avez-vous effectué un stage récent en altitude (dans les derniers 15 jours)? O/N

Avez-vous été privé de sommeil dans la dernière semaine (décalage horaire ou autres raison)? O/N

Avez- vous des troubles des règles? O/N

Mettre une croix pour se situer entre ces deux extrêmes :

**Mon Niveau de Performance est :**

Mauvais <-----> Excellent

**Mon état physique :**

Grande forme <-----> Méforme

**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 :**

Augmenté <-----> Diminué

Répondre aux questions par oui ou par non

1	Mon niveau de performance sportive/mon état de forme a diminué	OUI	NON
2	Je ne soutiens pas autant mon attention	OUI	NON
3	Mes proches estiment que mon comportement a changé	OUI	NON
4	J'ai une sensation de poids sur la poitrine	OUI	NON
5	J'ai une sensation de palpitation	OUI	NON
6	J'ai une sensation de gorge serrée	OUI	NON
7	J'ai moins d'appétit qu'avant	OUI	NON
8	Je mange davantage	OUI	NON
9	Je dors moins bien	OUI	NON
10	Je somnole et baille dans la journée	OUI	NON
11	Les séances me paraissent trop rapprochées	OUI	NON
12	Mon désir a diminué	OUI	NON
13	Je fais de contre-performances	OUI	NON
14	Je m'enrhume fréquemment	OUI	NON
15	J'ai des problèmes de mémoire	OUI	NON
16	Je grossis	OUI	NON
17	Je me sens souvent fatigué	OUI	NON
18	Je me sens en état d'infériorité	OUI	NON
19	J'ai des crampes, douleurs musculaires fréquentes	OUI	NON
20	J'ai plus souvent mal à la tête	OUI	NON
21	Je manque d'entrain	OUI	NON
22	J'ai parfois des malaises ou des étourdissements	OUI	NON
23	Je me confie moins facilement	OUI	NON
24	Je suis souvent patraque	OUI	NON
25	J'ai plus souvent mal à la gorge	OUI	NON
26	Je me sens nerveux, tendu, inquiet	OUI	NON
27	Je supporte moins bien mon entraînement	OUI	NON
28	Mon coeur bat plus vite qu'avant au repos	OUI	NON
29	Mon coeur bat plus vite qu'avant à l'effort	OUI	NON

30	Je suis souvent mal fichu	OUI	NON
31	Je me fatigue plus facilement	OUI	NON
32	J'ai souvent des troubles digestifs	OUI	NON
33	J'ai envie de rester au lit	OUI	NON
34	J'ai moins confiance en moi	OUI	NON
35	Je me blesse facilement	OUI	NON
36	J'ai plus de mal à rassembler mes idées	OUI	NON
37	J'ai plus de mal à me concentrer dans mon activité sportive	OUI	NON
38	Mes gestes sportifs sont moins précis, moins habiles	OUI	NON
39	J'ai perdu de la force, du punch	OUI	NON
40	J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler	OUI	NON
41	Je dors plus	OUI	NON
42	Je tousse plus souvent	OUI	NON
43	Je prends moins de plaisir à mon activité sportive	OUI	NON
44	Je prends moins de plaisir à mes loisirs	OUI	NON
45	Je m'irrite plus facilement	OUI	NON
46	J'ai une baisse de rendement dans mon activité scolaire ou professionnelle	OUI	NON
47	Mon entourage trouve que je deviens moins agréable à vivre	OUI	NON
48	Les séances sportives me paraissent trop difficiles	OUI	NON
49	C'est ma faute si je réussis moins bien	OUI	NON
50	J'ai les jambes lourdes	OUI	NON
51	J'égare plus facilement les objets (clefs, etc..)	OUI	NON
52	Je suis pessimiste, j'ai des idées noires	OUI	NON
53	Je maigris	OUI	NON
54	Je me sens moins motivé, j'ai moins de volonté, moins de ténacité	OUI	NON

Réponse «OUI» à plus de 20 items = sujet à risque de surentraînement (notamment en présence de troubles du sommeil et de l'appétit)

Signature médecin et tampon