

Q-AAP+






Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique pour tous

L'exercice physique pratiqué d'une façon régulière constitue une occupation de loisir saine et agréable et plus de gens devraient devenir plus actifs physiquement à chaque jour de la semaine. Mener une vie active est sécuritaire pour LA PLUPART DES GENS. Ce questionnaire vous dira si elle est nécessaire pour vous de demander conseil à votre médecin ou à un professionnel de l'entraînement qualifié avant de devenir plus actif physiquement.

DES QUESTIONS DE SANTÉ GÉNÉRALE




S'il vous plaît, répondez soigneusement et honnêtement à ces 7 questions: cocher OUI ou Non.	OUI	NON
1) Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffrez d'un problème cardiaque OU d'hypertension artérielle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Ressentez-vous une douleur à la poitrine au repos, au cours de vos activités quotidiennes, OU lorsque vous faites de l'activité physique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre reliés à un étourdissement OU avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois? Répondez NON si vos étourdissements sont reliés à de l'hyperventilation (y compris pendant un exercice physique intense).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffrez d'une autre maladie chronique (autre qu'une maladie cardiaque ou de l'hypertension)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires qui pourraient être aggravés si vous devenez plus actif physiquement? Répondez NON , s'il vous plaît, si vous aviez un problème articulaire dans le passé (par exemple, genou, cheville, épaule ou autre) qui ne limite pas votre capacité actuelle à être physiquement actif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Est-ce que votre médecin a déjà dit que vous ne pouviez pas faire de l'activité physique sans supervision médicale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 **Si vous avez répondu NON à toutes les questions ci-dessus, vous êtes autorisé à l'activité physique. Aller à la page 4 de signer la déclaration du participant. Vous n'avez pas besoin de remplir les pages 2 et 3.**

-  Commencez à être beaucoup plus actif physiquement - Commencez lentement et augmentez progressivement.
-  Suivez les directives d'activité physique canadiennes (www.csep.ca/guidelines).
-  Vous pouvez obtenir une évaluation de votre forme physique.
-  Contactez un professionnel de l'entraînement qualifié (par exemple un Entraîneur Personnel Certifié SCPE® (EPC-SCPE) ou un Physiologiste de l'exercice certifié SCPE® (PEC-SCPE)) pour obtenir des conseils afin de devenir plus actif physiquement.
-  Si vous êtes âgé de plus de 45 ans et pas habitué à une activité physique régulière vigoureuse, consulter un professionnel de l'entraînement qualifié (PEC-SCPE) avant de vous engager dans l'exercice d'effort maximal.

 **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions ci-dessus, COMPLÉTEZ LES PAGES 2 ET 3.**

 **Retardez une augmentation de votre niveau d'activité physique si:**

-  Vous ne vous sentez pas bien à cause d'un inconfort temporaire comme de la fièvre ou la grippe - attendez de vous sentir mieux
-  Vous êtes enceinte - parlez-en à votre professionnel de la santé, à votre médecin, à un professionnel de l'entraînement qualifié et / ou remplissez le **eX-AAP+** sur la site internet www.eparmedx.com avant de devenir beaucoup plus actif
-  Votre état de santé change - répondez aux questions sur les pages 2 et 3 du présent document et / ou de parler à votre médecin ou à un professionnel de l'entraînement qualifié (PEC-SCPE ou de la CPT-SCPE) avant de continuer avec un programme d'activité physique

Q-AAP+

QUESTIONS DE SUIVI DE VOS MALADIES CHRONIQUES

1. Souffrez-vous d'arthrite, d'ostéoporose, ou des problèmes de dos?

Si la/les condition(s) ci-dessus est/sont présent(es), répondre aux questions 1a-1c Si **NON** passez à la question 2

1a. Éprouvez-vous de la difficulté à contrôler votre maladie avec des médicaments ou autres thérapies prescrites par votre médecin? (Répondez **NON** si actuellement vous ne prenez pas de médicaments ou d'autres traitements) OUI NON

1b. Avez-vous des problèmes d'articulation entraînant de la douleur, une récente fracture associée à une fragilité osseuse, un déplacement de vertèbre (par exemple, spondylolisthésis), et/ou spondylolyse/pars defect (une fissure dans l'anneau osseux sur l'arrière de la colonne vertébrale)? OUI NON

1c. Avez-vous consommé oralement ou par injection des corticoïdes (médicament anti-inflammatoire) pendant plus de 3 mois? OUI NON

2. Êtes-vous atteint d'un cancer?

Si la/les condition(s) ci-dessus est/sont présent(es), répondre aux questions 2a-2b Si **NON** passez à la question 3

2a. Votre diagnostic de cancer inclut-il l'un des types suivants: cancer du poumon / broncho-pulmonaire, le myélome multiple (cancer des cellules plasmiques), de la tête, du cou? OUI NON

2b. Êtes-vous actuellement en thérapie pour traiter votre cancer? OUI NON

3. Êtes-vous atteint d'une maladie cardiaque ou cardio-vasculaire? *Cela comprend maladie coronarienne, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, arythmie cardiaque*

Si la/les condition(s) ci-dessus est/sont présent(es), répondre aux questions 3a-3e Si **NON** passez à la question 4

3a. Éprouvez-vous de la difficulté à contrôler votre maladie avec des médicaments ou autres thérapies prescrites par votre médecin? (Répondez **NON** si actuellement vous ne prenez pas de médicaments ou d'autres traitements) OUI NON

3b. Avez-vous reçu un diagnostic d'anomalie du rythme cardiaque qui nécessite un traitement médical (par exemple une fibrillation auriculaire ou une contraction ventriculaire prématurée)? OUI NON

3c. Souffrez-vous d'insuffisance cardiaque chronique? OUI NON

3d. Lorsqu'au repos, avez-vous une tension artérielle égale ou supérieure à 160/90 mmHg avec ou sans médicaments pour la tension artérielle? (Répondez **OUI** si vous ne connaissez pas votre tension artérielle au repos) OUI NON

3e. Avez-vous reçu un diagnostic de maladie coronarienne et n'avez pas fait d'activité physique régulièrement au cours des 2 derniers mois? OUI NON

4. Avez-vous des problèmes de conditions métaboliques? *Cela comprend diabète de type 1, diabète de type 2, et pré-diabète*

Si la/les condition(s) ci-dessus est/sont présent(es), répondre aux questions 4a-4c Si **NON** passez à la question 5

4a. Est-ce que votre glycémie est souvent au-dessus de 13.0 mmol/L? (Veuillez répondre **OUI** si vous n'êtes pas certain) OUI NON

4b. Avez-vous des signes ou symptômes de complications liées au diabète telles qu'une maladie cardiaque ou vasculaire et / ou des complications affectant les yeux, les reins, et la sensation de vos orteils et des pieds? OUI NON

4c. Avez-vous d'autres conditions métaboliques (comme des problèmes de thyroïde, le diabète gestationnel, insuffisance rénale ou insuffisance hépatique)? OUI NON

5. Avez-vous des problèmes de santé mentale ou des difficultés d'apprentissage? *Cela inclut Alzheimer, démence, dépression, troubles anxieux, troubles de l'alimentation, troubles psychotiques, déficience intellectuelle, syndrome de Down*

Si la/les condition(s) ci-dessus est/sont présent(es), répondre aux questions 5a-5b Si **NON** passez à la question 6

5a. Éprouvez-vous de la difficulté à contrôler votre maladie avec des médicaments ou autres thérapies prescrites par votre médecin? (Répondez **NON** si actuellement vous ne prenez pas de médicaments ou d'autres traitements) OUI NON

5b. Avez-vous **aussi** des problèmes de dos qui affectent vos nerfs ou muscles? OUI NON

Q-AAP+

6. Avez-vous des problèmes respiratoires? Cela comprend maladie pulmonaire obstructive chronique, asthme, l'hypertension artérielle pulmonaire

Si la/les condition(s) ci-dessus est/sont présent(es), répondre aux questions 6a-6d Si **NON** passez à la question 7

6a. Éprouvez-vous de la difficulté à contrôler votre maladie avec des médicaments ou autres thérapies prescrites par votre médecin? (Répondez **NON** si actuellement vous ne prenez pas de médicaments ou d'autres traitements) OUI NON

6b. Est-ce que votre médecin a indiqué que la concentration d'oxygène de votre sang est basse quand vous êtes au repos ou quand vous faites de l'activité physique et / ou que vous avez besoin d'oxygénothérapie supplémentaire? OUI NON

6c. Si vous êtes asthmatique, avez-vous actuellement des symptômes d'une oppression thoracique, respiration sifflante, difficultés respiratoires, toux persistante (plus de 2 jours / semaine), ou avez-vous utilisé votre médicament de secours plus de deux fois la semaine dernière? OUI NON

6d. Votre médecin a-t-il déjà dit que vous faites de l'hypertension dans les artères pulmonaires? OUI NON

7. Avez-vous une lésion de la moelle épinière? Cela comprend tétraplégie et paraplégie

Si la/les condition(s) ci-dessus est/sont présent(es), répondre aux questions 7a-7c Si **NON** passez à la question 8

7a. Éprouvez-vous de la difficulté à contrôler votre maladie avec des médicaments ou autres thérapies prescrites par votre médecin? (Répondez **NON** si actuellement vous ne prenez pas de médicaments ou d'autres traitements) OUI NON

7b. Au repos, avez-vous souvent une tension artérielle faible, pouvant causer des étourdissements, des vertiges, et / ou des pertes de conscience? OUI NON

7c. Votre médecin a-t-il déjà dit que vous avez des épisodes soudains d'hypertension (appelés dysrétlexie autonome)? OUI NON

8. Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral (AVC)? Cela inclut ischémique transitoire (AIT) ou AVC

Si la/les condition(s) ci-dessus est/sont présent(es), répondre aux questions 8a-8c Si **NON** passez à la question 9

8a. Éprouvez-vous de la difficulté à contrôler votre maladie avec des médicaments ou autres thérapies prescrites par votre médecin? (Répondez **NON** si actuellement vous ne prenez pas de médicaments ou d'autres traitements) OUI NON

8b. Est-ce que votre mobilité à la marche est réduite? OUI NON

8c. Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral (AVC) ou une défaillance nerveuse ou musculaire au cours des 6 derniers mois? OUI NON

9. Avez-vous d'autres conditions médicales qui ne figurent pas ci-dessus ou souffrez-vous de deux conditions chroniques?

Si la/les condition(s) ci-dessus est/sont présent(es), répondre aux questions 9a-9c Si **NON** lisez les conseils sur la page 4

9a. Avez-vous éprouvé une perte de mémoire ou de conscience à la suite d'une blessure à la tête au cours des 12 derniers mois OU avez-vous été diagnostiqué comme ayant subi une commotion cérébrale au cours des 12 derniers mois? OUI NON

9b. Avez-vous une condition médicale qui n'est pas mentionnée (comme l'épilepsie, les troubles neurologiques, des problèmes rénaux)? OUI NON

9c. Vivez-vous actuellement avec deux maladies chroniques? OUI NON

Allez à la page 4 pour connaître les recommandations de votre état de santé actuel et de signer la déclaration du participant.

Q-AAP+

✓ Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions concernant votre état de santé chroniques, vous êtes prêt à devenir plus actif physiquement:

- ▶ Vous êtes prêt à devenir plus actif physiquement et il est recommandé que vous consultiez un professionnel d'exercice qualifié (comme un EPC-SCPE ou un PEC-SCPE) pour répondre à vos besoins spécifiques.
- ▶ Vous êtes encouragés à commencer lentement - 20 à 60 minutes à chaque séance, avec des activités aérobiques et de renforcement musculaire d'intensité basse ou modérée, 3-5 jours par semaine.
- ▶ À mesure que vous progressez, vous devriez viser à accumuler 150 minutes ou plus d'activité physique modérée par semaine.
- ▶ Si vous êtes âgé de plus de 45 ans et pas habitué à une activité physique régulière vigoureuse, consulter un professionnel de l'entraînement qualifié (SCPE-PEC) avant de s'engager dans l'exercice d'effort maximal.

⚠ Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs des questions de suivi concernant votre état de santé chronique:

Vous devriez obtenir des renseignements supplémentaires avant de devenir beaucoup plus actif physiquement ou avant de prendre part à une évaluation de la forme physique. Il FAUT que vous remplissiez le questionnaire et suiviez les recommandations pour l'activité physique (**eX-AAP+**) sur la site internet www.eparmedx.com et / ou visitiez un professionnel de l'entraînement qualifié pour plus de renseignements.

⚠ Retardez une augmentation de votre niveau d'activité physique si:

- ✓ Vous ne vous sentez pas bien à cause d'un inconfort temporaire comme de la fièvre ou la grippe - attendez de vous sentir mieux
- ✓ Vous êtes enceinte - parlez-en à votre professionnel de la santé, à votre médecin, à un professionnel de l'entraînement qualifié et/ou remplissez le **eX-AAP+** sur la site internet www.eparmedx.com avant de devenir beaucoup plus actif
- ✓ Votre état de santé change - s'il vous plaît parler à votre médecin ou à l'exercice professionnel qualifié (PEC-SCPE) avant de continuer avec un programme d'activité physique.

- Toute modification est interdite. Nous vous encourageons à copier le Q-AAP+ dans sa totalité.
- Le Q-AAP+ Collaboration, la Société Canadienne de Physiologie de l'Exercice, et leurs agents n'assument aucune responsabilité envers les personnes qui entreprennent une activité physique. Si vous avez des doutes après avoir complété ce document, consultez votre médecin avant de faire de l'activité physique.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

- S'il vous plaît lire et signer la déclaration ci-dessous.
- Si vous n'avez pas l'âge légal nécessaire pour le consentement ou avez besoin de la permission de votre fournisseur de soins, alors, votre parent, tuteur légal, ou le fournisseur de soins doit aussi signer ce document.

Je, sous-signé(e), affirme avoir lu, compris à ma satisfaction et complété ce questionnaire. Je reconnais que cette autorisation d'activité physique est valide pour un maximum de 12 mois à compter de la date à laquelle elle est émise et devient non valide si mon état de santé change. Je reconnais également qu'un administrateur (e.g. mon employeur, centre de conditionnement physique ou communautaire, fournisseur de soins de santé, ou autre) peut conserver une copie de ce formulaire pour leurs dossiers. Le cas échéant, cet administrateur devra se conformer aux lignes directrices canadiennes et internationales concernant l'enregistrement des renseignements médicaux personnels afin d'assurer la confidentialité de l'information et que ces renseignements ne soient pas utilisés ou divulgués incorrectement.

NOM _____ DATE _____

SIGNATURE _____ TÉMOIN _____

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR LEGAL/ FOURNISSEUR DE SOINS _____

Pour plus d'informations, veuillez contacter

www.eparmedx.com or
La Société Canadienne de Physiologie de l'Exercice
www.csep.ca

Citation pour Q-AAP+

Warburton DER, Jamnik VK, Bredin SSD, and Gledhill N on behalf of the PAR-Q+ Collaboration. The Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q+) and Electronic Physical Activity Readiness Medical Examination (ePARmed-X+). Health & Fitness Journal of Canada 4(2):3-23, 2011.

Références

1. Jamnik VJ, Warburton DER, Makarski J, McKenzie DC, Shephard RJ, Stone J, and Gledhill N. Enhancing the effectiveness of clearance for physical activity participation; background and overall process. APNM 36(51):S3-S13, 2011.
2. Warburton DER, Gledhill N, Jamnik VK, Bredin SSD, McKenzie DC, Stone J, Charlesworth S, and Shephard RJ. Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance; Consensus Document. APNM 36(51):S266-s298, 2011.

Le Q-AAP+ a été créé à l'aide d'un processus fondé sur des preuves (AGREE) (1) par un Q-AAP+ Collaboration présidée par le Dr. Darren E. R. Warburton avec le Dr. Norman Gledhill, Dr. Veronica Jamnik, et le Dr. Donald C. McKenzie (2). La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada et la Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement les vues de l'Agence de santé publique du Canada ou la Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique.