2019 Q-AAP+

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

Une pratique habituelle d'activité physique entraine des avantages indéniables; la majorité des gens devrait être physiquement actif chaque jour de la semaine. La PLUPART des gens peuvent faire de l'activité physique en toute sécurité. Ce questionnaire vous permettra de savoir s'il est nécessaire de demander l'avis de votre médecin OU d'un spécialiste de l'activité physique avant de devenir plus physiquement actif.

QUESTIONS DE SANTÉ GÉNÉRALES

Lisez attentivement les sept questions ci-dessous et répondez honnêtement à chacune d'elle en cochant OUI ou NON.	OUI	NON
1) Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque ☐ **OU** d'hypertension ☐?	☐	☐
2) Ressentez-vous de la douleur à la poitrine au repos ou au cours de vos activités quotidiennes, OU lorsque vous faites de l'activité physique?	☐	☐
3) Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liées à des étourdissements **OU** avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois? Répondez **non** si vos étourdissements étaient liés à de l'hyperventilation (y compris pendant un exercice physique intense).	☐	☐
4) Avez-vous déjà été diagnostiqué d'une autre maladie chronique (autre qu'une maladie cardiaque ou d'hypertension)? **ÉNUMÉREZ VOS TROUBLES MÉDICAUX ICI:** _____	☐	☐
5) Prenez-vous présentement des médicaments prescrits pour une maladie chronique? **ÉNUMÉREZ VOS TROUBLES MÉDICAUX ET MÉDICAMENTS ICI:** _____	☐	☐
6) Avez-vous présentement (ou eu dans les 12 derniers mois) des problèmes osseux, articulaires, ou de tissus mous (muscle, ligament, ou tendon) qui pourraient être aggravés par une augmentation d'activité physique? Répondez **non** si vous avez déjà eu un problème dans le passé, mais qui **ne limite pas votre pratique d'activité physique présente. ÉNUMÉREZ VOS TROUBLES MÉDICAUX ICI:** _____	☐	☐
7) Votre médecin, vous a-t-il déjà dit que vous ne devriez pas faire d'activité physique sans supervision médicale?	☐	☐

Si vous avez répondu NON à toutes les questions ci-dessus, vous êtes apte à pratiquer de l'activité physique. Veuillez signer la DÉCLARATION DU PARTICIPANT. Vous n'avez pas à remplir les pages 2 et 3.

- Commencez à être plus physiquement actif – Commencez lentement et augmentez l'intensité progressivement.
- Suivez les recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé pour votre âge (http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/index.html).
- Vous pouvez participer à une évaluation de votre état de santé et de votre condition physique.
- Si vous êtes âgé de plus de 45 ans et n'êtes PAS habitué à pratiquer de façon régulière une activité physique vigoureuse ou pouvant exiger un effort maximal, consultez un spécialiste de l'activité physique avant de vous mettre à la pratique d'une telle activité.
- Si vous avez d'autres questions, contactez un spécialiste de l'activité physique.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Si vous n'avez pas l'âge légal requis pour le consentement ou si vous avez besoin de la permission de votre fournisseur de soins, votre parent, votre tuteur ou votre fournisseur de soins, ces derniers doivent aussi signer le présent document. En signant ci-dessous, j'affirme avoir lu, compris à mon entière satisfaction et rempli ce questionnaire. Je reconnais que la présente autorisation me permettant de faire de l'activité physique est valide pour une période de douze mois à compter de la date à laquelle elle est remplie et qu'elle devient invalide si mon état de santé change. Je reconnais aussi qu'un centre communautaire ou de conditionnement physique peut conserver une copie de ce questionnaire pour ses dossiers. Dans ces cas, il maintiendra le la confidentialité de la même, en conformité avec la loi applicable.

NOM _____ DATE _____

SIGNATURE _____ TÉMOIN _____

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR/FOURNISEUR DE SOINS _____

Si vous avez répondu OUI à au moins une des questions ci-dessus, REMPLISSEZ LES PAGES 2 ET 3.

Attendez pour devenir plus actif si:

- Vous ne vous sentez pas bien à cause d'un rhume ou d'une fièvre – Attendez de vous sentir mieux.
- Vous êtes enceinte – Parlez à votre fournisseur de soins, à votre médecin ou à un spécialiste de l'activité physique, ou remplissez le questionnaire eX-AAP+ à **www.eparmedx.com** avant de devenir plus physiquement active.
- Votre état de santé change – Répondez aux questions des pages 2 et 3 de ce document ou parlez à votre médecin ou à un spécialiste de l'activité physique avant de poursuivre votre programme d'activité physique.

Copyright © 2019 Q-AAP+ Collaboration

11-01-2018

2019 Q-AAP+

QUESTIONS DE SUIVI DE VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

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

Si oui, répondez aux questions 1a à 1c. Si **non** ☐, passez à la question 2.

1a.	Avez-vous de la difficulté à contrôler votre condition à l'aide de médicaments ou d'autres traitements prescrits par un médecin? (Répondez **non** si présentement vous ne prenez pas de médicaments et ne suivez pas d'autres traitements.)	OUI ☐ NON ☐
1b.	Souffrez-vous de problèmes articulaires causant de la douleur, d'une récente fracture ou d'une fracture causée par l'ostéoporose ou le cancer, d'un déplacement de vertèbres (p. ex. spondylolisthèse) ou de spondylolyse (fissure dans l'arc osseux à l'arrière de la colonne vertébrale)?	OUI ☐ NON ☐
1c.	Avez-vous reçu des injections de stéroïdes ou pris des comprimés de stéroïdes pendant plus de 3 mois?	OUI ☐ NON ☐

2. Avez-vous actuellement le cancer?

Si oui, répondez aux questions 2a et 2b. Si **non** ☐, passez à la question 3.

2a.	Votre diagnostic de cancer comprend-il l'un des types suivants : cancer du poumon ou bronchique, myélome multiple (cancer des plasmocytes), de la tête ou du cou?	OUI ☐ NON ☐
2b.	Suivez-vous présentement un traitement contre le cancer (comme la chimiothérapie ou la radiothérapie)?	OUI ☐ NON ☐

3. Êtes-vous atteint d'une maladie cardiaque ou cardiovasculaire? Cela comprend la maladie coronarienne, l'insuffisance cardiaque et l'arythmie cardiaque.

Si oui, répondez aux questions 3a à 3d. Si **non** ☐, passez à la question 4.

3a.	Avez-vous de la difficulté à contrôler votre condition à l'aide de médicaments ou d'autres traitements prescrits par un médecin? (Répondez **non** si présentement vous ne prenez pas de médicaments et ne suivez pas d'autres traitements.)	OUI ☐ NON ☐
3b.	Avez-vous un battement de coeur irrégulier qui nécessite la surveillance d'un médecin (si vous êtes atteint, par exemple, de fibrillations auriculaires ou de contractions ventriculaires prématurées)?	OUI ☐ NON ☐
3c.	Souffrez-vous d'une insuffisance cardiaque chronique?	OUI ☐ NON ☐
3d.	Avez-vous reçu un diagnostic de maladie coronarienne (cardiovasculaire) et n'avez pas fait d'activité physique régulièrement au cours des deux derniers mois?	OUI ☐ NON ☐

4. Faites-vous de l'hypertension artérielle?

Si oui, répondez aux questions 4a et 4b. Si **non** ☐, passez à la question 5.

4a.	Avez-vous de la difficulté à contrôler votre condition à l'aide de médicaments ou d'autres traitements prescrits par un médecin? (Répondez **non** si présentement vous ne prenez pas de médicaments et ne suivez pas d'autres traitements.)	OUI ☐ NON ☐
4b.	Votre pression sanguine au repos, avec ou sans médicaments, est-elle égale ou supérieure à 160/90 mmHg? (Répondez **oui** si vous ignorez quelle est votre pression sanguine au repos.)	OUI ☐ NON ☐

5. Êtes-vous atteint d'un trouble métabolique? Ceci inclut le diabète de type I, le diabète de type II ou le prédiabète.

Si oui, répondez aux questions 5a à 5e. Si **non** ☐, passez à la question 6.

5a.	Avez-vous souvent de la difficulté à contrôler votre taux de sucre dans le sang avec des aliments, des médicaments ou d'autres traitements médicaux prescrits?	OUI ☐ NON ☐
5b.	Souffrez-vous souvent de signes et symptômes de bas niveau de sucre sanguin (hypoglycémie) après l'exercice et / ou pendant les activités de la vie quotidienne? Les signes d'hypoglycémie peuvent inclure des tremblements, de la nervosité, de l'irritabilité inhabituelle, de la transpiration anormale, des étourdissements, de la confusion mentale, de la difficulté à parler, de la faiblesse, ou de la somnolence.	OUI ☐ NON ☐
5c.	Présentez-vous des signes ou des symptômes de complications liées au diabète, comme une maladie cardiaque ou vasculaire ou des problèmes affectant les yeux, les reins **OU** la sensation de vos orteils et de vos pieds?	OUI ☐ NON ☐
5d.	Êtes-vous atteint d'un autre trouble métabolique, comme le diabète gestationnel, une maladie rénale chronique ou des troubles hépatiques?	OUI ☐ NON ☐
5e.	Anticipez-vous de participer dans une activité physique, qui est pour vous, d'intensité anormalement plus élevée (ou vigoureuse) que d'habitude dans un avenir proche?	OUI ☐ NON ☐

Copyright © 2019 Q-AAP+ Collaboration

2019 Q-AAP+

6. Avez-vous des problèmes de santé mentale ou des difficultés d'apprentissage? Ceux-ci comprennent la maladie d'Alzheimer, la démence, la dépression, les troubles anxieux, les troubles alimentaires, les troubles psychotiques, la déficience intellectuelle et le syndrome de Down.

Si oui, répondez aux questions 6a et 6b. Si **non** ☐, passez à la question 7.

6a.	Avez-vous de la difficulté à contrôler votre condition à l'aide de médicaments ou d'autres traitements prescrits par un médecin? (Répondez **non** si présentement vous ne prenez pas de médicaments et ne suivez pas d'autres traitements.)	OUI ☐ NON ☐
6b.	Souffrez-vous **AUSSI** de problèmes de dos affectant vos nerfs ou vos muscles?	OUI ☐ NON ☐

7. Souffrez-vous de problèmes respiratoires? Ces problèmes comprennent la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'asthme et l'hypertension artérielle pulmonaire.

Si oui, répondez aux questions 7a à 7d. Si **non** ☐, passez à la question 8.

7a.	Avez-vous de la difficulté à contrôler votre condition à l'aide de médicaments ou d'autres traitements prescrits par un médecin? (Répondez **non** si présentement vous ne prenez pas de médicaments et ne suivez pas d'autres traitements.)	OUI ☐ NON ☐
7b.	Votre médecin vous a-t-il déjà dit que le niveau d'oxygène de votre sang est bas quand vous êtes au repos ou que vous faites de l'exercice, ou que vous avez besoin d'une oxygénothérapie?	OUI ☐ NON ☐
7c.	Si vous êtes asthmatique, ressentez-vous présentement des symptômes de serrement de la poitrine, de respiration sifflante, de respiration laborieuse ou de toux persistante (plus de 2 jours par semaine), ou avez-vous utilisé votre médicament de secours plus de 2 fois la semaine dernière?	OUI ☐ NON ☐
7d.	Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous faisiez de l'hypertension dans les vaisseaux sanguins de vos poumons?	OUI ☐ NON ☐

8. Avez-vous une lésion de la moelle épinière? Cela peut comprendre une tétraplégie ou une paraplégie.

Si oui, répondez aux questions 8a à 8c. Si **non** ☐, passez à la question 9.

8a.	Avez-vous de la difficulté à contrôler votre condition à l'aide de médicaments ou d'autres traitements prescrits par un médecin? (Répondez **non** si présentement vous ne prenez pas de médicaments et ne suivez pas d'autres traitements.)	OUI ☐ NON ☐
8b.	Avez-vous souvent, au repos, une tension artérielle assez faible pour causer des étourdissements, le vertige ou une syncope?	OUI ☐ NON ☐
8c.	Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous présentez des accès soudains d'hypertension artérielle (connus sous le nom de dysréflexie autonome)?	OUI ☐ NON ☐

9. Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral? Cela inclut un accident ischémique transitoire.

Si oui, répondez aux questions 9a à 9c. Si **non** ☐, passez à la question 10.

9a.	Avez-vous de la difficulté à contrôler votre condition à l'aide de médicaments ou d'autres traitements prescrits par un médecin? (Répondez **non** si présentement vous ne prenez pas de médicaments et ne suivez pas d'autres traitements.)	OUI ☐ NON ☐
9b.	Avez-vous de la difficulté à marcher ou à vous déplacer?	OUI ☐ NON ☐
9c.	Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral ou une défaillance nerveuse ou musculaire au cours des 6 derniers mois?	OUI ☐ NON ☐

10. Êtes-vous atteint d'un trouble médical non mentionné ci-dessus ou d'au moins deux troubles médicaux?

Si oui, répondez aux questions 10a à 10c. Si **non** ☐, lisez les recommandations de la page 4.

10a.	Vous êtes-vous évanoui, avez-vous fait une syncope ou avez-vous perdu connaissance par suite d'une blessure à la tête au cours des 12 derniers mois, **OU** vous a-t-on diagnostiqué d'une commotion cérébrale au cours des 12 derniers mois?	OUI ☐ NON ☐
10b.	Êtes-vous atteint d'un trouble médical qui n'est pas mentionné ci-dessus (comme l'épilepsie, des troubles neurologiques ou des problèmes de reins)?	OUI ☐ NON ☐
10c.	Êtes-vous atteint de deux, ou plus que deux, troubles médicaux?	OUI ☐ NON ☐

ÉNUMÉREZ VOS TROUBLES MÉDICAUX ET TOUT MÉDICAMENTS LIÉES ICI: _____

ALLEZ à la page 4 pour connaître les recommandations concernant votre état de santé actuel et signer la DÉCLARATION DU PARTICIPANT.

Copyright © 2019 Q-AAP+ Collaboration

2019 Q-AAP+

Si vous avez répondu NON à toutes les questions de suivi concernant votre état de santé, vous êtes prêt à devenir plus physiquement actif. Signez la DÉCLARATION DU PARTICIPANT ci-dessous:

- Consultez un spécialiste de l'activité physique pour vous aider à établir un plan d'activité physique sécuritaire et efficace pour répondre à vos besoins en matière de santé.
- Commencez lentement et augmentez l'intensité progressivement - 20 à 60 minutes d'activité physique d'intensité faible à modérée, 3 à 5 jours par semaine, qui incluent des exercices d'aérobie et des exercices qui renforcissent les muscles.
- Vos progrès devraient vous amenez à accumuler au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine.
- Si vous êtes âgé de plus de 45 ans et n'êtes **PAS** habitué à pratiquer de façon régulière une activité physique vigoureuse ou pouvant exiger un effort maximal, consultez un spécialiste de l'activité physique avant de vous mettre à la pratique d'une telle activité.

Si vous avez répondu OUI à au moins une des questions de suivi concernant votre état de santé:

Renseignez-vous d'avantage avant de devenir plus physiquement actif ou de procéder à une évaluation de votre condition physique. Remplissez le questionnaire en ligne eX-AAP+ et suivez les recommandations formulées à **www.eparmedx.com**, et/ou voyez un spécialiste de l'activité physique pour vous aider à remplir ce questionnaire et obtenir plus de renseignements.

Attendez pour devenir plus actif si:

- Vous ne vous sentez pas bien à cause d'un rhume ou d'une fièvre – Attendez de vous sentir mieux.
- Vous êtes enceinte – Parlez à votre pourvoyeur de soins de santé, à votre médecin ou à un spécialiste de l'activité physique, ou remplissez le questionnaire eX-AAP+, à **www.eparmedx.com**, avant de devenir plus actif physiquement.
- Votre état de santé change – Parlez à votre médecin ou à un spécialiste de l'activité physique avant de poursuivre votre programme d'activité physique.

- Nous vous encourageons à photocopier le Q-AAP+. Vous devez utiliser le questionnaire au complet, et AUCUNE modification n'est permise.
- Les auteurs, la Collaboration Q-AAP+, les organisations partenaires et leurs agents n'assument aucune responsabilité envers les personnes qui se mettent à la pratique d'activité physique et/ou qui utilisent les questionnaires Q-AAP+ et eX-AAP+. En cas de doute après avoir rempli le questionnaire, consultez votre médecin avant de faire de l'activité physique.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

- Veuillez lire la déclaration ci-dessous et la signer.
- *Si vous n'avez pas l'âge légal requis pour le consentement ou si vous avez besoin de la permission de votre fournisseur de soins, votre parent, votre tuteur ou votre fournisseur de soins, ces derniers doivent aussi signer le présent document. En signant ci-dessous, j'affirme avoir lu, compris à mon entière satisfaction et rempli ce questionnaire. Je reconnais que la présente autorisation me permettant de faire de l'activité physique est valide pour une période de douze mois à compter de la date à laquelle elle est remplie et qu'elle devient invalide si mon état de santé change. Je reconnais aussi qu'un centre communautaire ou de conditionnement physique peut conserver une copie de ce questionnaire pour ses dossiers. Dans ces cas, il maintiendra le la confidentialité de la même, en conformité avec la loi applicable.*

NOM _____ DATE _____

SIGNATURE _____ TÉMOIN _____

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR/FOURNISEUR DE SOINS _____

Pour en savoir plus, veuillez contacter:

www.eparmedx.com
Courriel: eparmedx@gmail.com

Citation pour le Q-AAP+
D.E.R. Warburton, V.K. Jamnik, S.S.D. Bredin et N. Gledhill au nom de la Collaboration Q-AAP+. « The Physical Activity Readiness Questionnaire for Everyone (PAR-Q+) et Electronic Physical Activity Readiness Medical Examination (ePARmed-X+) », The Health & Fitness Journal of Canada, vol. 4, nº 2, p. 3-23, 2011.

Le Q-AAP+ a été créé en utilisant le processus de données probantes AGREE (1) par la Collaboration Q-AAP+ présidé par le Dr Darren E. R. Warburton avec les Drs Norman Gledhill, Veronica Jamnik et Donald C. McKenzie (2). La production de ce document a été rendue possible grâce au soutien financier de l'Agence de santé publique du Canada et du ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique. Les opinions exprimées dans ce document ne sont pas nécessairement celles de l'Agence de santé publique du Canada et du ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique. La traduction de ce document a été rendue possible avec l'aimable autorisation des Forces armées canadiennes.

Références

1. Jamnik VK, 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(S1):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(S1):S266-s298, 2011.
3. Chisholm DM, Collis ML, Kulak LL, Davenport W, and Gruber N. Physical activity readiness. British Columbia Medical Journal. 1975;17:375-378.
4. Thomas S, Reading J, and Shephard RJ. Revision of the Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q). Canadian Journal of Sport Science 1992;17:4 338-345.

Copyright © 2019 Q-AAP+ Collaboration

11-01-2018