

# Q-AAP+

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

L'exercice physique pratiqué de façon régulière constitue une activité saine et agréable, et plus de gens devraient être plus actifs chaque jour de la semaine. Être plus actif est très sécuritaire pour la *plupart* des gens. Ce questionnaire vous indiquera si vous devez demander conseil à votre médecin *ou* à un professionnel de l'exercice qualifié avant de devenir plus actif.

### SECTION 1 – SANTÉ GÉNÉRALE

Veuillez lire attentivement les 7 questions ci-dessous et y répondre de façon honnête : cochez oui ou non.		OUI	NON
1.	Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffrez de troubles cardiaques <b>ou</b> d'hypertension artérielle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ressentez-vous une douleur à la poitrine au repos, pendant vos activités quotidiennes <b>ou</b> lorsque vous faites de l'activité physique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liées à des étourdissements, <b>ou</b> avez-vous perdu conscience au cours des 12 derniers mois? Veuillez répondre <b>non</b> si vos étourdissements étaient associés à de l'hyperventilation (y compris durant un exercice vigoureux).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Avez-vous déjà reçu un diagnostic d'autres troubles médicaux chroniques (autre qu'une maladie du cœur ou l'hypertension artérielle)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits pour traiter un trouble médical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires qui pourraient être aggravés si vous pratiquez plus d'activité physique? Veuillez répondre <b>non</b> si vous avez eu un problème articulaire dans le passé, mais qu'il ne limite pas votre capacité actuelle à être physiquement actif. Par exemple, genou, cheville, épaule ou autre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous ne deviez participer qu'aux activités physiques supervisées par un professionnel de la santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **non** à toutes les questions ci-dessus, vous pouvez pratiquer l'activité physique. Rendez-vous à la section 3 pour signer le formulaire. Vous n'avez pas à remplir la section 2.



- › Commencez à devenir beaucoup plus actif physiquement – commencez lentement et augmentez graduellement.
- › Suivez les **Directives canadiennes en matière d'activité physique** pour votre âge ([www.csep.ca/directives](http://www.csep.ca/directives)).
- › Vous pouvez prendre part à une évaluation de la condition physique et de la santé.
- › Pour toute autre question, contactez un professionnel de l'exercice qualifié, par exemple un Physiologiste de l'exercice certifiée SCPE® (PEC-SCPE) ou Entraîneur personnel certifié SCPE® (EPC-SCPE).
- › Si vous avez plus de 45 ans et n'avez **pas** l'habitude de pratiquer régulièrement de l'activité physique vigoureuse, veuillez consulter un professionnel de l'exercice qualifié (PEC-SCPE) avant de participer à un exercice d'intensité très élevée.



Si vous avez répondu **oui** à une ou à plusieurs des questions ci-dessus, veuillez **vous rendre à la section 2**.



Remettez à plus tard le projet de devenir plus actif si :

- › Vous ne vous sentez pas bien en raison d'une maladie temporaire telle qu'un rhume ou de la fièvre – attendez de vous sentir mieux;
- › Vous êtes enceinte – parlez à votre professionnel de la santé, à votre médecin ou à un professionnel de l'exercice qualifié et/ou remplissez le formulaire X-AAP pour les femmes enceintes avant d'augmenter votre niveau d'activité physique; **ou**
- › Votre état de santé change – veuillez répondre aux questions de la section 2 de ce document et/ou discuter avec votre médecin ou un professionnel de l'exercice qualifié (PEC-SCPE ou EPC-SCPE) avant de continuer tout programme d'activité physique.

## SECTION 2 – TROUBLES MÉDICAUX CHRONIQUES

Veuillez lire attentivement les questions ci-dessous et y répondre de façon honnête : cochez oui ou non.		OUI	NON
1.	Souffrez-vous d'arthrite, d'ostéoporose ou de problèmes de dos?	<input type="checkbox"/> Si oui, répondez aux questions 1a-1c	<input type="checkbox"/> Sinon, rendez-vous 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 <b>non</b> si vous ne prenez présentement pas de médicaments ou si vous ne suivez pas d'autres traitements)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b.	Souffrez-vous de problèmes articulaires causant des douleurs, d'une récente fracture ou d'une fracture causée par l'ostéoporose ou le cancer, d'un déplacement de vertèbre (p. ex. spondylolisthésis) et/ou d'un défaut de pars ou de la spondylolyse (une fissure dans l'arc osseux à l'arrière de la colonne vertébrale)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c.	Avez-vous reçu des injections de stéroïdes ou pris des comprimés de stéroïdes pendant plus de 3 mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Avez-vous un cancer, peu importe lequel?	<input type="checkbox"/> Si oui, répondez aux questions 2a-2b	<input type="checkbox"/> Sinon, rendez-vous à la question 3
2a.	Votre diagnostic de cancer comprend-il les types suivants : cancer des poumons/ bronchique, myélome multiple (cancer des cellules plasmiques), de la tête et du cou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b.	Recevez-vous présentement un traitement contre le cancer (comme la chimiothérapie ou la radiothérapie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Souffrez-vous d'une maladie du cœur ou d'une maladie cardiovasculaire? Ces dernières incluent la coronaropathie, l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque ainsi que l'anomalie du rythme cardiaque diagnostiquée.	<input type="checkbox"/> Si oui, répondez aux questions 3a-3e	<input type="checkbox"/> Sinon, rendez-vous 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 <b>non</b> si vous ne prenez présentement pas de médicaments ou si vous ne suivez pas d'autres traitements)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b.	Avez-vous un rythme cardiaque irrégulier qui requiert un suivi médical (p. ex. fibrillation auriculaire, extrasystole ventriculaire)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3c.	Souffrez-vous d'insuffisance cardiaque chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3d.	Votre tension artérielle au repos est-elle égale ou supérieure à 160/90 mm Hg avec ou sans médication (répondez <b>oui</b> si vous ne connaissez pas les valeurs de votre tension artérielle au repos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3e.	Est-ce que vous avez une coronaropathie (maladie cardiovasculaire) diagnostiquée et n'avez pas participé à une activité physique régulière au cours des 2 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez lire attentivement les questions ci-dessous et y répondre de façon honnête : cochez oui ou non.		OUI	NON
4.	Souffrez-vous d'un trouble métabolique? Cette catégorie comprend le diabète de type 1, le diabète de type 2 et le prédiabète.	<input type="checkbox"/> Si oui, répondez aux questions 4a-4c	<input type="checkbox"/> Sinon, rendez-vous à la question 5
4a.	Votre glycémie est-elle souvent supérieure à 13,0 mmol/l (répondez <b>oui</b> si vous ne le savez pas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b.	Présentez-vous des signes ou des symptômes de complications liées au diabète, comme une maladie du cœur ou une affection vasculaire, et/ou des complications qui affectent vos yeux, vos reins, ainsi que les sensations dans vos orteils et vos pieds?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4c.	Souffrez-vous d'un autre trouble métabolique (troubles thyroïdiens, diabète gestationnel, neuropathie chronique, troubles hépatiques)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Avez-vous des problèmes de santé mentale ou des difficultés d'apprentissage? Ceux-ci comprennent l'Alzheimer, la démence, la dépression, les troubles anxieux, les troubles alimentaires, la psychose, la déficience intellectuelle et le syndrome de Down.	<input type="checkbox"/> Si oui, répondez aux questions 5a-5b	<input type="checkbox"/> Sinon, rendez-vous à la question 6
5a.	Avez-vous de la difficulté à contrôler votre condition à l'aide de médicaments ou d'autres traitements prescrits par un médecin (répondez <b>non</b> si vous ne prenez présentement pas de médicaments ou si vous ne suivez pas d'autres traitements)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5b.	Souffrez-vous également de problèmes de dos qui affectent les nerfs ou les muscles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Souffrez-vous d'une maladie respiratoire? Cette catégorie comprend la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'asthme et l'hypertension artérielle pulmonaire.	<input type="checkbox"/> Si oui, répondez aux questions 6a-6d	<input type="checkbox"/> Sinon, rendez-vous 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 <b>non</b> si vous ne prenez présentement pas de médicaments ou si vous ne suivez pas d'autres traitements)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6b.	Votre médecin vous a-t-il déjà dit que le niveau d'oxygène de votre sang au repos ou durant l'exercice est faible et/ou que vous avez besoin d'oxygène d'appoint?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6c.	Si vous êtes asthmatique, ressentez-vous présentement des symptômes de serrement de la poitrine, une respiration sifflante, une respiration laborieuse, une toux régulière (plus de 2 jours/semaine), ou avez-vous utilisé votre médication d'urgence plus de deux fois au cours de la dernière semaine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6d.	Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffrez d'hypertension artérielle dans les vaisseaux sanguins de vos poumons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Souffrez-vous d'un traumatisme médullaire? Cela inclut la tétraplégie et la paraplégie.	<input type="checkbox"/> Si oui, répondez aux questions 7a-7c	<input type="checkbox"/> Sinon, rendez-vous 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 <b>non</b> si vous ne prenez présentement pas de médicaments ou si vous ne suivez pas d'autres traitements)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7b.	Présentez-vous couramment une tension artérielle au repos assez faible pour causer des étourdissements et/ou une syncope?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7c.	Votre médecin a-t-il indiqué que vous présentez des accès soudains d'hypertension artérielle (connus sous le nom de dysréflexie autonome)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez lire attentivement les questions ci-dessous et y répondre de façon honnête : cochez oui ou non.		OUI	NON
8.	Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral, y compris un accident ischémique transitoire (AIT)?	<input type="checkbox"/> Si oui, répondez aux questions 8a-8c	<input type="checkbox"/> Sinon, rendez-vous 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 <b>non</b> si vous ne prenez présentement pas de médicaments ou si vous ne suivez pas d'autres traitements)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b.	Avez-vous de la difficulté à marcher ou un problème de mobilité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8c.	Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral ou une déficience des nerfs ou des muscles au cours des 6 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Êtes-vous atteint de tout autre trouble médical qui n'est pas listé ci-dessus ou souffrez-vous de deux maladies chroniques?	<input type="checkbox"/> Si oui, répondez aux questions 9a-9c	<input type="checkbox"/> Sinon, lisez les recommandations ci-dessus
9a.	Avez-vous fait l'expérience d'un évanouissement, d'une syncope ou d'une perte de connaissance dus à une blessure à la tête au cours des 12 derniers mois <b>ou</b> vous a-t-on diagnostiqué une commotion au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9b.	Souffrez-vous d'un trouble médical qui n'est pas listé (tel que l'épilepsie, les troubles neurologiques ou les troubles des reins)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9c.	Souffrez-vous présentement de deux troubles chroniques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez lire les recommandations concernant votre trouble médical actuel ci-dessous et signer ce document.

## Q-AAP+



**Si vous avez répondu non à toutes les questions de suivi relatives à votre trouble médical, vous pouvez augmenter votre niveau d'activité physique :**

- › Il est recommandé de consulter un professionnel de l'exercice qualifié (p. ex. un PEC-SCPE ou EPC-SCPE), qui vous aidera à élaborer un plan d'activité physique sécuritaire et efficace pour répondre à vos besoins de santé.
- › Nous vous encourageons à commencer lentement et à augmenter graduellement – 20 à 60 minutes d'exercice d'intensité faible à modérée, 3 à 5 jours par semaine, dont des exercices d'aérobic et de renforcement musculaire.
- › Au fur et à mesure que vous progresserez, vous devriez essayer d'accumuler 150 minutes ou plus d'activités physiques d'intensité modérée par semaine.
- › Si vous avez plus de 45 ans et n'avez **pas** l'habitude de pratiquer régulièrement de l'activité physique vigoureuse, veuillez consulter un professionnel de l'exercice qualifié (PEC-SCPE) avant de participer à un exercice d'intensité très élevée.



**Si vous avez répondu oui à une ou plusieurs des questions de suivi relatives à votre trouble médical :**

- › Vous devriez demander de plus amples renseignements à un professionnel de la santé certifié avant de devenir physiquement plus actif ou de participer à une évaluation de la condition physique et / ou visiter un professionnel de l'exercice qualifié (PEC-SCPE) pour plus d'information.



### Remettez à plus tard le projet de devenir plus actif si :

- › Vous ne vous sentez pas bien en raison d'une maladie temporaire telle qu'un rhume ou de la fièvre – attendez de vous sentir mieux;
- › Vous êtes enceinte – parlez à votre professionnel de la santé, à votre médecin ou à un professionnel de l'exercice qualifié et/ou remplissez le formulaire X-AAP pour les femmes enceintes avant d'augmenter votre niveau d'activité physique; **ou**
- › Votre état de santé change – veuillez discuter avec votre médecin ou un professionnel de l'exercice qualifié (PEC-SCPE) avant de continuer tout programme d'activité physique.

## SECTION 3 – DÉCLARATION

- › Nous vous encourageons à photocopier le Q-AAP+. Vous devez utiliser le questionnaire complet, et **aucun** changement n'est permis.
- › La Société canadienne de physiologie de l'exercice, la Collaboration Q-AAP+ et leurs agents n'assument aucune responsabilité envers les personnes qui font de l'activité physique. Si vous éprouvez des doutes après avoir rempli ce questionnaire, consultez votre médecin avant de faire de l'activité physique.
- › Si vous n'avez pas l'âge légal requis pour donner votre consentement ou nécessitez l'assentiment d'un prestataire de soins, votre parent, votre tuteur ou votre prestataire de soins doit également signer ce formulaire.
- › Veuillez lire et signer la déclaration ci-dessous :

*Je soussigné(e) affirme avoir lu, entièrement compris et rempli ce questionnaire. Je reconnais que cette autorisation à faire de l'activité physique est valide pour un maximum de 12 mois à partir de la date à laquelle le questionnaire a été rempli et qu'elle deviendrait invalide si mon état de santé venait à changer. Je reconnais également qu'un administrateur (par exemple mon employeur, mon centre communautaire/de conditionnement physique, mon professionnel de la santé ou autre remplaçant désigné) pourrait conserver une copie de ce formulaire pour ses dossiers. En pareils cas, l'administrateur devra adhérer aux directives locales, nationales et internationales en matière d'archivage des renseignements médicaux personnels, s'assurant que cette information demeure confidentielle et que personne n'en fasse mésusage ou ne la divulgue illégalement.*

NOM \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

SIGNATURE \_\_\_\_\_ TÉMOIN \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR/PRESTATAIRE DE SOINS \_\_\_\_\_

**Pour plus d'information, veuillez contacter :**  
**La Société canadienne de physiologie de l'exercice**  
**[www.csep.ca](http://www.csep.ca)**

### RÉFÉRENCES CLÉS

1. Jamnik VJ, Warburton DER, Makarski J, McKenzie DC, Shephard RJ, Stone J et coll. 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 et coll. Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance; Consensus Document. **APNM** 36(S1):S266-s298, 2011.

Le Q-AAP+ a été créé à l'aide du processus fondé sur des données probantes AGREE (1) par la Collaboration Q-APP+, présidée par Darren E. R. Warburton, de pair avec Norman Gledhill, Veronica Jamnik et Donald C. McKenzie (2). La production de ce document a été rendue possible grâce à l'appui financier de l'Agence de la santé publique du Canada et du Ministry of Health Services de la Colombie-Britannique. Les opinions exprimées dans ce document ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada ou du Ministry of Health Services de la Colombie-Britannique.