

ACCORD DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Je suis disposé à participer à un programme d'activité physique communautaire. Je sais que les exercices incluent de la marche, des exercices exécutés à l'aide de poids, des exercices cardiovasculaires, des exercices de force, des exercices pour la souplesse, des exercices d'équilibre et des exercices d'endurance faisant appel à tous les muscles et toutes les articulations.

Je **comprends** qu'un des fournisseurs suivants ou tous ces fournisseurs m'enseigneront les exercices : le personnel du Centre de santé communautaire de l'Estrie (CSCE), les bénévoles, les étudiants et les instructeurs de remise en forme sous contrat. Je comprends que la condition physique et les habiletés de chaque participant sont différentes et je reconnais qu'il me revient d'informer les instructeurs de mes limites et de mes besoins. Je reconnais qu'une partie des risques de la participation à une activité ou un programme dépend de ma condition physique ou de ma santé, et je signalerai tout changement au niveau de ma santé à l'instructeur.

Je **comprends** que je suis libre de ne pas exécuter, de réduire ou de modifier les activités du programme et que je dois le faire dès les premiers signes d'étourdissement, d'évanouissement, de malaise pulmonaire, de crampes dans les jambes, de nausées et/ou de tout autre symptôme.

Je **reconnais** et conviens qu'on m'a informé des risques et des avantages de participer à cette activité physique. On m'a offert un outil d'évaluation, soit le questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique (Q-AAP), et je comprends qu'une consultation auprès d'un fournisseur de soins primaires est recommandée si j'ai répondu « Oui » à au moins une question du Q-AAP. Je reconnais également que, dans le cadre d'un programme d'exercice communautaire, la décision de participer au programme revient au participant lui-même.

Je **conviens donc** que le CSCE, y compris ses partenaires/organiseurs/bénévoles/travailleurs contractuels/étudiants/bailleurs de fonds, n'est pas responsable des pertes, des dommages ou des blessures que je peux subir à la suite de ma participation à l'un des programmes communautaires.

J'atteste qu'on m'a informé des risques, des avantages et des solutions de rechange liés à la participation au programme et j'ai lu, compris et accepté le contenu de cet *ACCORD DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ*.

Signature :

Participant : _____

Date : _____



Nom de famille : _____ Prénom : _____

Sexe attribué à la naissance : Homme Femme Je préfère ne pas répondre

Adresse : _____ Ville et province : _____ Code postal : _____

Téléphone – Résidence : _____ Travail : _____ Cellulaire : _____

Cochez votre numéro préféré :

Courriel : _____ J'autorise le CSCE à communiquer avec moi par courriel.

Date de naissance : _____ Langue de service préférée : Français Anglais
(jour / mois / année)

N° de carte santé OHIP : _____ Date d'expiration : _____

Pharmacie : _____ Ville : _____

Nom du/de la conjoint(e) : _____ Tél. : _____
(autre que résidence)

ou dans le cas d'un enfant mineur

Nom des parents : _____ Tél. : _____
(ou tuteurs) (autre que résidence)

_____ Tél. : _____
(autre que résidence)

Personne à joindre en cas d'urgence (*autre que conjoint(e) ou parents/tuteurs dans le cas d'un enfant mineur*) :

Nom : _____ Lien : _____ Téléphone : _____

INFORMATION SUR LA SANTÉ DU CLIENT

Avez-vous présentement un médecin de famille? Oui Non

Nom du médecin : _____ Lieu de pratique : _____

Problèmes de santé incluant conditions chroniques, chirurgies, hospitalisations passées ou autres – s.v.p. spécifiez :

Médicaments que vous prenez (incluant vitamines et produits naturels) :

S.v.p. joindre la liste de vos médicaments produite par votre pharmacie.

Signature : _____ Date : _____
(jour / mois / année)

Le CSCE offre la possibilité de communications électroniques, incluant des rencontres par vidéo sécurisée et certaines communications par courriel comme les rappels de rendez-vous. Veuillez lire et signer le formulaire de consentement pour les communications électroniques si vous souhaitez que nous communiquions avec vous avec ces méthodes.

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Langue de service préférée : Français Anglais
(jour / mois / année)

Ces informations sont compilées pour que le Centre de santé communautaire de l'Estrie (CSCE) prenne des décisions informées concernant les programmes et services de santé offerts dans notre communauté et dans notre région. Le CSCE n'utilise les renseignements personnels qu'aux fins décrites. Il ne vend pas, n'échange pas et ne divulgue aucun renseignement personnel obtenu dans le cadre de l'offre des services et programmes. Le CSCE a des politiques conformes avec la législation en vigueur pour protéger les informations confidentielles.

Quelle est votre IDENTITÉ SEXUELLE?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Homme | <input type="checkbox"/> Femme | <input type="checkbox"/> Intersexué |
| <input type="checkbox"/> Trans - femme à homme | <input type="checkbox"/> Trans - homme à femme | <input type="checkbox"/> Bispirituel |
| <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |

Quelle est votre ORIENTATION SEXUELLE?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bisexuel(le) | <input type="checkbox"/> Homosexuel | <input type="checkbox"/> Hétérosexuel(le) |
| <input type="checkbox"/> Lesbienne | <input type="checkbox"/> Allosexuel(le) | <input type="checkbox"/> Bispirituel |
| <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |

Quel est le NIVEAU DE SCOLARITÉ le plus élevé que vous ayez obtenu?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trop jeune | <input type="checkbox"/> Primaire (1 ^{re} à 8 ^e année) | <input type="checkbox"/> Secondaire ou équivalent |
| <input type="checkbox"/> Collège | <input type="checkbox"/> Université (baccalauréat) | <input type="checkbox"/> Études postuniversitaires |
| <input type="checkbox"/> Sans éducation formelle | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |

Quel est le REVENU ANNUEL TOTAL DE VOTRE MÉNAGE?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 0 - 14 999 \$ | <input type="checkbox"/> 30 000 \$ - 34 999 \$ | <input type="checkbox"/> 90 000 \$ - 119 999 \$ | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> 15 000 \$ - 19 999 \$ | <input type="checkbox"/> 35 000 \$ - 39 999 \$ | <input type="checkbox"/> 120 000 \$ - 149 999 \$ | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> 20 000 \$ - 24 999 \$ | <input type="checkbox"/> 40 000 \$ - 59 999 \$ | <input type="checkbox"/> Plus de 150 000 \$ | |
| <input type="checkbox"/> 25 000 \$ - 29 999 \$ | <input type="checkbox"/> 60 000 \$ - 89 999 \$ | | |

Combien de personnes sont soutenues par ce revenu? _____

Quelle est la COMPOSITION DE VOTRE MÉNAGE?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Couple avec enfant(s) | <input type="checkbox"/> Famille étendue | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Couple sans enfant | <input type="checkbox"/> Colocataire non apparenté | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Membre unique | <input type="checkbox"/> Frères/sœurs | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Grands-parents avec petit(s)-enfant(s) | <input type="checkbox"/> Famille monoparentale | |

Quel est votre STATUT D'ITINÉRANCE?

- | | | | |
|--|---|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Pas itinérant | <input type="checkbox"/> Itinérant/sans adresse | <input type="checkbox"/> Refuge | <input type="checkbox"/> Autre abri temporaire |
|--|---|---------------------------------|--|

Quelle est votre LANGUE MATERNELLE?

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Français | <input type="checkbox"/> Anglais | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |
|-----------------------------------|----------------------------------|--|

Si autre, dans laquelle des deux langues officielles êtes-vous le plus à l'aise : Français Anglais

Quel est votre **GROUPE RACIAL OU ETHNIQUE**?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanc - Amérique du Nord | <input type="checkbox"/> Asiatique - de l'Est | <input type="checkbox"/> Moyen-oriental |
| <input type="checkbox"/> Blanc - Europe | <input type="checkbox"/> Asiatique - du Sud | <input type="checkbox"/> Origines mixtes |
| <input type="checkbox"/> Premières Nations | <input type="checkbox"/> Asiatique - du Sud-Est | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Autochtone | <input type="checkbox"/> Noir - Afrique | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Inuit | <input type="checkbox"/> Noir - Caraïbes | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Métis | <input type="checkbox"/> Noir - Amérique du Nord | |
| <input type="checkbox"/> Latino-Américain | <input type="checkbox"/> Indien - Caraïbes | |

Quel est votre pays d'origine? _____

Date/année d'arrivée au Canada (s'il y a lieu)? _____

Quelle est votre **RELIGION**?

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Catholique | <input type="checkbox"/> Juif | <input type="checkbox"/> Religions orientales |
| <input type="checkbox"/> Protestant | <input type="checkbox"/> Bouddhiste | <input type="checkbox"/> Sans affiliation religieuse |
| <input type="checkbox"/> Chrétien orthodoxe | <input type="checkbox"/> Mennonite | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Chrétien | <input type="checkbox"/> Hindou | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Musulman | <input type="checkbox"/> Sikh | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |

Souffrez-vous d'une ou plusieurs de ces **CONDITIONS D'INVALIDITÉ**?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie chronique | <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage | <input type="checkbox"/> Trouble mental |
| <input type="checkbox"/> Incapacité physique | <input type="checkbox"/> Déficience développementale | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Dépendance
(drogue ou alcool) | <input type="checkbox"/> Déficience sensorielle | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| | | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |

INFORMATION CONCERNANT VOTRE BIEN-ÊTRE.

Comment qualifiez-vous votre **SENTIMENT D'APPARTENANCE À LA COMMUNAUTÉ**?

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Très fort | <input type="checkbox"/> Faible | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Fort | <input type="checkbox"/> Très faible | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |

Auto-évaluation de votre **SANTÉ PHYSIQUE** :

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Excellente | <input type="checkbox"/> Juste | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Très bien | <input type="checkbox"/> Mauvaise santé | |
| <input type="checkbox"/> Bien | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | |

Auto-évaluation de votre **SANTÉ MENTALE** :

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Excellente | <input type="checkbox"/> Juste | <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Très bien | <input type="checkbox"/> Mauvaise santé | |
| <input type="checkbox"/> Bien | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | |

L'activité physique améliore la santé physique et mentale. Même en petite quantité, l'activité physique fait du bien, et plus on en fait, mieux c'est.

Pour presque tout le monde, les bienfaits de l'activité physique surpassent largement les risques. Toutefois, pour certaines personnes, il est recommandé d'obtenir les conseils d'un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ – détient un diplôme d'études postsecondaires en science de l'exercice et une certification avancée dans ce domaine – consultez scpe.ca/certifications) ou d'un professionnel de la santé. Ce questionnaire s'adresse aux personnes de tous âges et a pour objectif de les aider à cheminer vers un mode de vie plus actif.

- Je réponds à ce questionnaire pour moi-même.
- Je réponds à ce questionnaire pour mon enfant/une personne à charge en tant que parent/tuteur.

 OUI ... 	 NON ... 	<h2 style="margin: 0;">PRÉPAREZ-VOUS À MENER UNE VIE PLUS ACTIVE</h2> <p style="margin: 0;">Les questions suivantes permettront de confirmer que vous pouvez pratiquer une activité physique en toute sécurité. Veuillez répondre OUI ou NON à chacune des questions <u>avant</u> de mener une vie plus active. Si vous ne savez pas exactement quoi répondre, choisissez OUI.</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>1 Avez-vous vécu <u>N'IMPORTE LAQUELLE</u> des situations suivantes (A à F) au cours des six derniers mois?</p> <p>A Diagnostic ou traitement relativement à une maladie du cœur ou à un AVC, ou douleur/malaise/pression au niveau de la poitrine en pratiquant vos activités de la vie quotidienne ou une activité physique?</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>B Diagnostic ou traitement relativement à une hypertension artérielle ou à une tension artérielle au repos de 160/90 mm de Hg ou plus?</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>C Vertiges ou étourdissements durant l'activité physique?</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>D Essoufflement au repos?</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>E Perte de conscience/évanouissement pour quelque raison que ce soit?</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>F Commotion?</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>2 Présentez-vous actuellement de la douleur ou une enflure à n'importe quelle partie de votre corps (p. ex. blessure, poussée aiguë d'arthrite ou douleur au dos) qui nuit à votre capacité de mener une vie active?</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>3 Un professionnel de la santé vous a-t-il recommandé d'éviter ou de modifier certains types d'activité physique?</p>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>4 Avez-vous tout autre problème médical ou physique (p. ex. diabète, cancer, ostéoporose, asthme, lésion médullaire) qui pourrait nuire à votre capacité de mener une vie active?</p>
... 	<p style="margin: 0;">..... ➔ NON à toutes les questions : allez à la page 2 – ÉVALUEZ VOTRE NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ACTUEL</p>	
<p style="margin: 0;">OUI à au moins une question : allez au document de référence – CONSEILS SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À AU MOINS UNE QUESTION</p>		

ÉVALUEZ VOTRE NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ACTUEL

Répondez aux questions suivantes pour évaluer votre niveau d'activité physique actuel.

- 1 Au cours d'une semaine typique, combien de jours pratiquez-vous une activité physique aérobie d'intensité moyenne à élevée (p. ex. marche rapide, cyclisme ou jogging)? JOURS/SEMAINE
 - 2 Les journées où vous faites de l'activité physique aérobie d'intensité au moins moyenne (par exemple marche rapide), pendant combien de minutes pratiquez-vous cette activité? MINUTES/JOUR
- Si vous êtes un adulte, multipliez le nombre moyen de jours par semaine par le nombre moyen de minutes par jour. MINUTES/SEMAINE

Les *Directives canadiennes en matière d'activité physique* recommandent la pratique d'au moins 150 minutes par semaine d'activité physique d'intensité moyenne à élevée chez les adultes. Pour les enfants et les jeunes, on recommande au moins 60 minutes par jour. Il est également recommandé de pratiquer des activités pour renforcer les muscles et les os au moins deux fois par semaine pour les adultes, et trois fois par semaine pour les enfants et les jeunes (voir scpe.ca/directives).



CONSEILS GÉNÉRAUX POUR MENER UNE VIE PLUS ACTIVE

Augmentez graduellement votre niveau d'activité physique afin que votre expérience demeure positive. Intégrez des activités physiques qui vous plaisent à votre journée (p. ex. marcher avec un ami ou une amie, se rendre au travail ou à l'école à vélo) et réduisez vos comportements sédentaires (p. ex. périodes prolongées passées en position assise).

Si vous voulez pratiquer une **activité physique d'intensité élevée** (p. ex. une activité physique à une intensité à laquelle il est difficile de maintenir une conversation) et que vous n'atteignez pas les recommandations minimales en matière d'activité physique mentionnées ci-dessus, consultez un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) avant de vous y mettre. Cela permettra de confirmer que votre activité physique est sécuritaire et convient à votre situation.

L'activité physique est aussi une partie importante d'une grossesse en santé.



Attendez avant de mener une vie plus active si vous ne vous sentez pas bien en raison d'une maladie temporaire.

DÉCLARATION

Au meilleur de mes connaissances, tous les renseignements que j'ai fournis dans ce questionnaire sont exacts.
Si des changements surviennent à mon état de santé, je remplirai le questionnaire à nouveau.

J'ai répondu **NON** à toutes les questions de la page 1

J'ai répondu **OUI** à au moins une question de la page 1

Signez et datez la déclaration ci-dessous

Cochez la case ci-dessous qui s'applique à vous :

- J'ai consulté un professionnel de la santé ou un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) qui m'a recommandé de mener une vie plus active.
- Je suis à l'aise à l'idée de mener une vie plus active sans consulter un professionnel de la santé ou un PEQ.

Nom (en caractères d'imprimerie) + nom du parent/tuteur, le cas échéant

Signature (ou signature du parent/tuteur, le cas échéant)

Date de naissance

Date

Courriel (optionnel)

Téléphone (optionnel)

Avec de la planification et du soutien, vous pouvez profiter des bienfaits d'une vie plus active. Un PEQ peut vous aider.

- Cochez cette case si vous souhaitez consulter un PEQ afin de mener une vie plus active.
(Vos réponses à ce questionnaire aideront le PEQ à apprendre à vous connaître et à comprendre vos besoins.)

Utilisez ce document de référence si vous avez répondu **OUI** à au moins une question et que vous n'avez pas consulté de professionnel de la santé ou de professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) au sujet de votre désir de mener une vie plus active.

1 Avez-vous vécu N'IMPORTE LAQUELLE des situations suivantes (A à F) au cours des six derniers mois?

<p>A Diagnostic ou traitement relativement à une maladie du cœur ou à un AVC, ou douleur/malaise/pression au niveau de la poitrine en pratiquant vos activités de la vie quotidienne ou une activité physique</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>L'activité physique sera probablement bénéfique. Si vous avez reçu des traitements pour une maladie du cœur, mais n'avez pas suivi de programme de réadaptation cardiaque au cours des six derniers mois, consultez un médecin – un programme de réadaptation cardiaque supervisé est fortement recommandé. Si vous reprenez l'activité physique après plus de six mois d'inactivité, commencez doucement avec une activité physique d'intensité légère à moyenne. Si vous ressentez une douleur/un malaise/une pression au niveau de la poitrine et que cette sensation est nouvelle pour vous, consultez un médecin. Décrivez vos symptômes et les activités qui les déclenchent.</p>
<p>B Diagnostic ou traitement relativement à une hypertension artérielle ou à une tension artérielle au repos de 160/90 mm de Hg ou plus</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>L'activité physique sera probablement bénéfique si vous avez reçu un diagnostic d'hypertension artérielle et un traitement pour cette condition. Si vous ne connaissez pas exactement votre tension artérielle au repos, consultez un professionnel de la santé ou un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) pour la faire mesurer. Si vous prenez des médicaments pour votre tension artérielle et que celle-ci est bien maîtrisée, l'activité physique régulière est recommandée et pourrait vous aider à diminuer votre tension artérielle. Votre médecin devrait être au courant de votre niveau d'activité physique afin d'ajuster vos médicaments. Si votre tension artérielle est de 160/90 ou plus, vous devriez obtenir une autorisation médicale et consulter un PEQ pour obtenir des conseils sur la pratique sécuritaire et adéquate d'une activité physique.</p>
<p>C Vertiges ou étourdissements durant l'activité physique</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>Vous pouvez ressentir ces sensations pour différentes raisons et plusieurs d'entre elles ne sont pas préoccupantes. Avant de mener une vie plus active, consultez un professionnel de la santé pour en trouver la cause et réduire les risques. D'ici là, évitez d'augmenter l'intensité de votre activité physique.</p>
<p>D Essoufflement au repos</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>Si vous faites de l'asthme et que celui-ci est soulagé par la prise de médicaments, vous pouvez pratiquer une activité physique d'intensité légère à moyenne en toute sécurité. Si votre essoufflement n'est pas soulagé par la médication, consultez votre médecin.</p>
<p>E Perte de conscience/ évanouissement pour quelque raison que ce soit</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>Avant de mener une vie plus active, consultez un médecin pour en trouver la cause et réduire les risques. Lorsque vous aurez obtenu votre autorisation médicale, consultez un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) pour obtenir des conseils sur les types d'activité physique qui vous conviennent.</p>
<p>F Commotion</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>Une commotion est une blessure au cerveau qui guérit avec le temps. Si vous augmentez votre niveau d'activité physique alors que vous ressentez toujours des symptômes de votre commotion, vous pourriez aggraver ces derniers, prolonger votre rétablissement et augmenter votre risque de subir une autre commotion. Un professionnel de la santé vous indiquera lorsque vous serez prêt à mener une vie plus active; et un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) pourra vous aider dans ce processus.</p>

Après avoir lu le **CONSEIL** correspondant à la question à laquelle vous avez répondu **OUI**, allez à la page 2 du *Questionnaire Menez une vie plus active* – ÉVALUEZ VOTRE NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ACTUEL

Utilisez ce document de référence si vous avez répondu **OUI** à au moins une question et que vous n'avez pas consulté de professionnel de la santé ou de professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) au sujet de votre désir de mener une vie plus active.

2 Présentez-vous actuellement de la douleur ou une enflure à n'importe quelle partie de votre corps (p. ex. blessure, poussée aiguë d'arthrite ou douleur au dos) qui nuit à votre capacité de mener une vie active? **OUI**

Si l'enflure ou la douleur est nouvelle, consultez un professionnel de la santé. Autrement, gardez vos articulations en santé et réduisez la douleur en bougeant vos articulations lentement et doucement dans toute l'amplitude de mouvement qui ne cause pas de douleur. Si vous avez une douleur à la hanche, au genou ou à la cheville, optez pour des activités à faible impact comme la natation ou le cyclisme. À mesure que la douleur diminue, reprenez graduellement vos activités physiques normales en commençant à un niveau plus bas qu'avant l'apparition de la douleur. Faites un suivi avec un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) pour vous aider à mener une vie plus active et à prévenir ou à réduire la douleur.

3 Un professionnel de la santé vous a-t-il recommandé d'éviter ou de modifier certains types d'activité physique? **OUI**

Écoutez les conseils de votre professionnel de la santé. Un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) vous posera des questions au sujet de toutes considérations et vous conseillera des activités physiques sécuritaires pour vous qui tiennent compte de votre mode de vie et des conseils de votre professionnel de la santé.

4 Avez-vous tout autre problème médical ou physique (p. ex. diabète, cancer, ostéoporose, asthme, lésion médullaire) qui pourrait nuire à votre capacité de mener une vie active? **OUI**

Certaines personnes aux prises avec un problème médical ou physique peuvent craindre que la pratique d'une activité physique ne soit pas sécuritaire. En réalité, la pratique régulière d'une activité physique peut aider à la prise en charge et à l'amélioration de plusieurs problèmes de santé et réduire les risques de complications. Un professionnel de l'exercice qualifié (PEQ) peut vous conseiller des activités physiques sécuritaires pour vous qui tiennent compte de vos antécédents médicaux et de votre style de vie.

Après avoir lu le **CONSEIL** correspondant à la question à laquelle vous avez répondu **OUI**, allez à la page 2 du Questionnaire Menez une vie plus active– **ÉVALUEZ VOTRE NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ACTUEL**

VOUS SOUHAITEZ OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES POUR MENER UNE VIE PLUS ACTIVE?

► scpe.ca/certifications

Les membres certifiés SCPE peuvent vous aider à atteindre vos objectifs en matière d'activité physique.

► scpe.ca/directives

Directives canadiennes en matière d'activité physique pour tous les âges.