

Entourez **UN SEUL NUMÉRO** parmi les 8 proposés afin d'évaluer votre niveau de motivation à vous engager dans une pratique d'activité physique.

_____ **1** _____

Je ne pratique pas d'exercice physique ni régulièrement ni modérément, et je ne compte pas commencer dans les 6 prochains mois.

_____ **3** _____

J'essaie de pratiquer une activité physique régulière mais je n'y arrive pas.

_____ **5** _____

Je pratique une activité physique modérée 30 mn par jour 5 fois ou plus par semaine depuis 1 à 5 mois.

_____ **7** _____

Je pratique une activité physique intense 3 fois ou plus par semaine depuis 1 à 5 mois.

_____ **2** _____

Je ne pratique pas d'exercice physique ni régulièrement ni modérément, mais je compte m'y mettre dans les 6 prochains mois.

_____ **4** _____

Je pratique une activité physique intense mais moins de 3 fois par semaine ou je pratique une activité physique modérée mais moins de 5 fois par semaine.

_____ **6** _____

Je pratique une activité physique modérée 30 mn par jour 5 fois ou plus par semaine depuis au moins 6 mois.

_____ **8** _____

Je pratique une activité physique intense 3 fois ou plus par semaine depuis au moins 6 mois.

Rappel : Nom Prénom

A. Comportements sédentaires	1	2	3	4	5
Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisirs, télé, ordinateur, travail) ?	+de 5h <input type="checkbox"/>	4-5h <input type="checkbox"/>	3-4h <input type="checkbox"/>	2-3h <input type="checkbox"/>	-de 2h <input type="checkbox"/>
TOTAL (A)					

B. Activités quotidiennes	1	2	3	4	5
Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?	Légère <input type="checkbox"/>	Modérée <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Intense <input type="checkbox"/>	Très intense <input type="checkbox"/>
En dehors de votre travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers : bricolage, jardinage, ménage, etc... ?	- de 2h <input type="checkbox"/>	3 à 4h <input type="checkbox"/>	5 à 6h <input type="checkbox"/>	7 à 9h <input type="checkbox"/>	10h et + <input type="checkbox"/>
Combien de minutes par jour consacrez vous à la marche ?	- de 15' <input type="checkbox"/>	16 à 30' <input type="checkbox"/>	31 à 45' <input type="checkbox"/>	46 à 60' <input type="checkbox"/>	61' et + <input type="checkbox"/>
Combien d'étages en moyenne montez vous à pied chaque jour ?	- de 2 <input type="checkbox"/>	3 à 5 <input type="checkbox"/>	6 à 10 <input type="checkbox"/>	11 à 15 <input type="checkbox"/>	16 et + <input type="checkbox"/>
TOTAL (B)					

C. Activités sportives et récréatives	1	2	3	4	5
Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ou récréatives ?	NON <input type="checkbox"/>				OUI <input type="checkbox"/>
À quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?	1 à 2 /mois <input type="checkbox"/>	1 fois/sem <input type="checkbox"/>	2 fois/sem <input type="checkbox"/>	3 fois /sem <input type="checkbox"/>	4 fois et+ /sem <input type="checkbox"/>
Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?	- de 15' <input type="checkbox"/>	16 à 30' <input type="checkbox"/>	31 à 45' <input type="checkbox"/>	46 à 60' <input type="checkbox"/>	61' et + <input type="checkbox"/>
Habituellement, comment percevez-vous votre effort ? ⁽¹⁾ <small>(1) : Le chiffre 1 représentant un effort facile et le 5 un effort difficile</small>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
TOTAL (C)					

TOTAL A+B+C

Résultats :

- moins de 18 : **inactif**
- Entre 18 et 35 : **Actif**
- Plus de 35 : **Très Actif**

Les questions qui suivent portent sur votre santé telle que vous la ressentez. Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie. Si vous ne savez pas comment répondre choisissez la réponse la plus proche de votre situation. Tous les items doivent être remplis.

Pensez-vous que votre santé est :

1 - Excellente

2 - Très bonne

3 - Bonne

4 - Médiocre

5 - Mauvaise

Par rapport à l'an passé, à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

1

2

3

4

5

Bien meilleur

Plutôt meilleur

À peu près pareil

Plutôt moins bon

Beaucoup moins bon

Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel :

Liste des activités	Oui beaucoup limité(e)	Oui un peu limité(e)	Non pas du tout limité(e)
Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
Soulever et porter les courses	1	2	3
Monter un étage par l'escalier	1	2	3
Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
Marcher plus d'un km à pied	1	2	3
Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
Marcher une centaine de mètres	1	2	3
Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

Rappel :

Nom Prénom

Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique

	OUI	NON
Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	1	2
Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou une autre activité ?	1	2

Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e))

	OUI	NON
Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ?	1	2

Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé physique ou émotionnel vous a-t-il gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

1 - Pas du tout 2 - Un petit peu 3 - Moyennement 4 - Beaucoup 5 - Énormément

Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?

1 - Nulle 2 - Très faible 3 - Faible 4 - Moyenne 5 - Grande 6 - Très grande

Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

1 - Pas du tout 2 - Un petit peu 3 - Moyennement 4 - Beaucoup 5 - Énormément

Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
a. Vous-vous êtes senti(e) dynamique ?	1	2	3	4	5	6
b. Vous-vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?	1	2	3	4	5	6
c. Vous-vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
d. Vous-vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	1	2	3	4	5	6
e. Vous-vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
f. Vous-vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
g. Vous-vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
h. Vous-vous êtes senti(e) heureux(se) ?	1	2	3	4	5	6
i. Vous-vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique et émotionnel vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

1. En permanence 2. Une bonne partie du temps 3. De temps en temps 4. Rarement 5. Jamais

Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

	Totalement vraie	Plutôt vraie	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
d. Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5