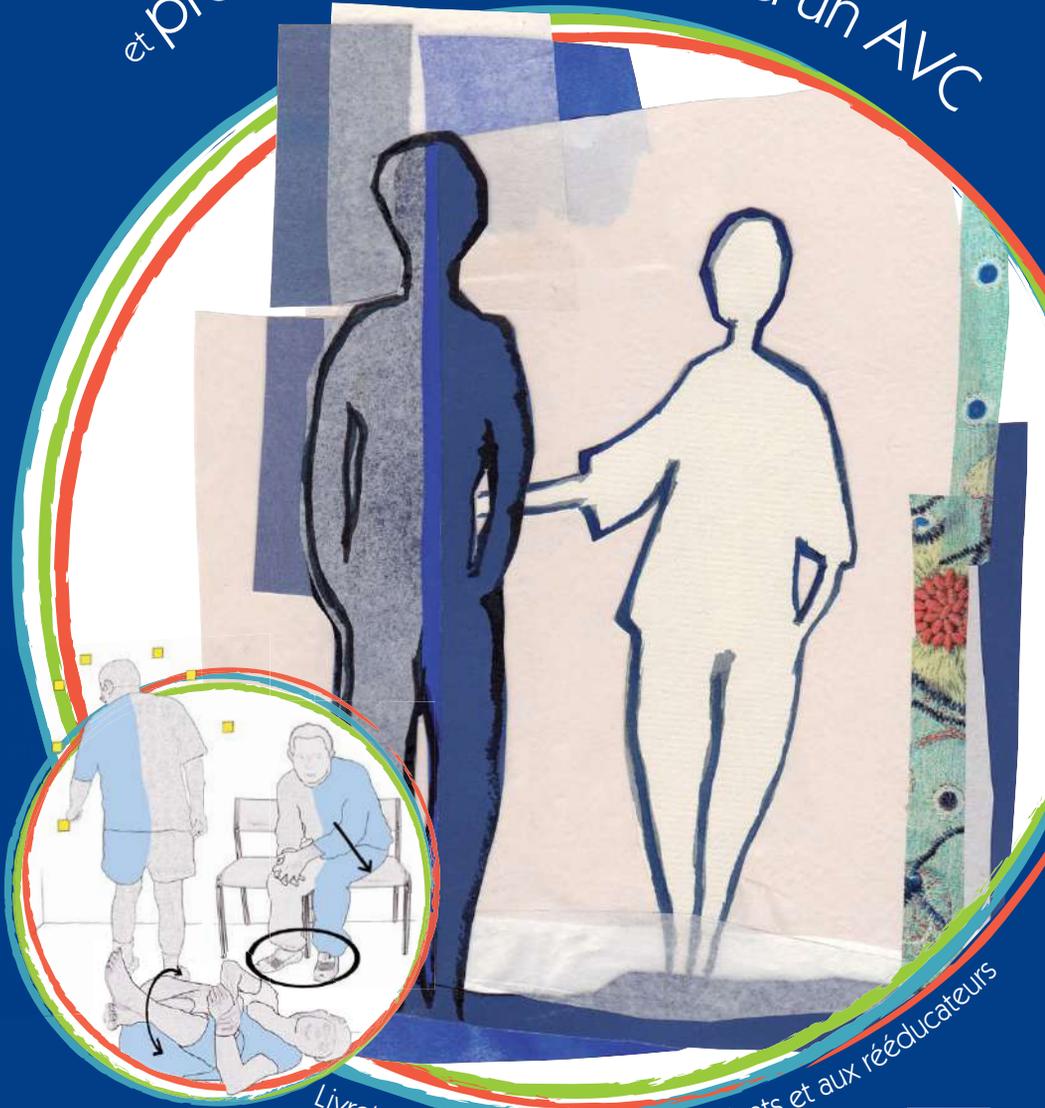


Informations et programme d'exercices dans les suites d'un AVC



Livret destiné aux patients, aux aidants et aux rééducateurs

Livret d'informations
et programme d'autorééducation
destiné aux personnes hémiplégiques,
aux aidants et aux personnels soignants
dans les suites d'un AVC

Loi HPST du 21 juillet 2009

Art. L. 1161-1.-L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.

Éducation thérapeutique

L'information et l'éducation du patient sont une nécessité en Kinésithérapie, en Médecine Physique et Réadaptation comme en Neurologie.

Il s'agit de donner au patient les moyens d'identifier ses difficultés, de les comprendre, de mettre en place un programme d'autorééducation et de lui en montrer le bénéfice.

Dans ce processus, la place des kinésithérapeutes hospitaliers et libéraux est privilégiée, dépassant de loin le seul fait de conseiller une activité physique régulière.

Même à distance d'un AVC, il est démontré qu'un programme d'exercices intensifs améliore les performances fonctionnelles.

L'autorééducation, si souvent évoquée, n'est que très rarement mise en pratique par manque de motivation des uns et des autres mais aussi, peut-être, par manque d'outils pouvant aider à sa mise en place.

Le but de ce livret est d'aider le patient et ses proches à **mieux comprendre les séquelles neurologiques invalidantes**.

Le patient et ses thérapeutes pourront ainsi **mettre en place ensemble un programme d'exercices quotidiens** variés et régulièrement révisé, dont **les bénéfices seront évalués afin d'entretenir la motivation**.

Ce livret se veut « **transitionnel** » c'est-à-dire un objet facilitant le dialogue entre le patient et son kinésithérapeute.

Il est loin d'être exhaustif, aussi est-il souhaitable que le patient et le kinésithérapeute se l'approprient, le modifient ensemble en y inscrivant des conseils écrits, des schémas... dans les espaces libres réservés à cet effet.

Réalisé en collaboration avec :

- les enseignants de l'institut de formation en kinésithérapie - CEERRF - Saint-Denis (93)
- les kinésithérapeutes du CMP Jacques Arnaud (FSEF) - Bouffémont (95) et du CMPR Champ Notre-Dame (CLINEA) - Taverny (95).

Sommaire

1. Comprendre sa maladie	7
L'Accident Vasculaire Cérébral	7
L'hémiplégie	8
Traitements	8
Prévention secondaire	9
Kinésithérapie	10
Principales difficultés motrices et sensitives	11
Troubles complexes	14
Complications spécifiques des AVC	15
2. L'hémiplégie au quotidien	19
Gérer la spasticité	19
Améliorer l'équilibre	21
Maintien de l'épaule :	
Écharpe et autres contentions	21
Utiliser des aides pour la marche	23
Améliorer la marche	24
Faciliter les changements de positions	26
Récupérer une certaine préhension	26
Pratiquer régulièrement une activité physique	28
3. Gérer l'environnement	33
Se lever, et donc s'asseoir	34
Se déplacer sans risque	35
Faire les choses d'une seule main	37

4. Programmes d'exercices	43
Mode d'emploi	44
Exercices Couché	47 à 55
Exercices Assis	56 à 65
Exercices Debout	66 à 75
Exercices pour le Membre supérieur	76 à 84
5. Évaluer vos possibilités	93
Évaluer ma spasticité	95
Évaluer l'utilisation de mon bras	98
Où en êtes-vous avec la peur de la chute ?	100
Évaluer mon équilibre	102
Évaluer ma vitesse de marche	104
Évaluer mon périmètre de marche	104
Step test	105
Évaluer mon adaptation à l'effort	106
Évaluer mon indépendance	108
Comment percevez-vous votre état de santé ?	110

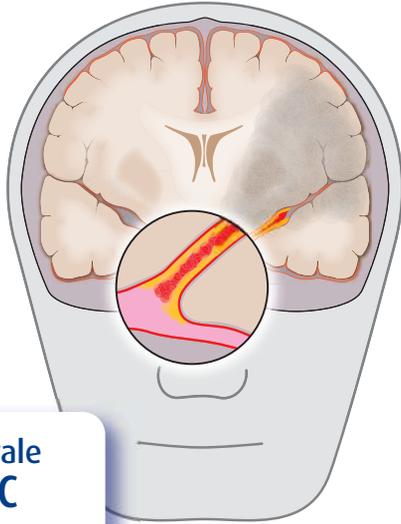
Couché

Assis

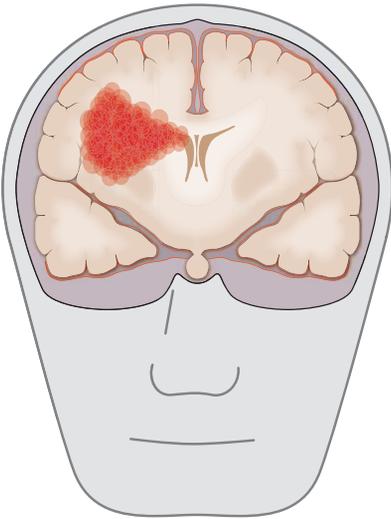
Debout

Membre
supérieur

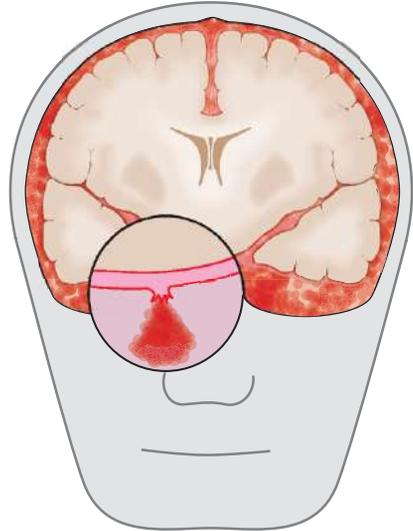
Infarctus Cérébral
80% des AVC



Hémorragie Cérébrale
15% des AVC



Hémorragie Méningée
5% des AVC



Comprendre sa maladie

L'Accident Vasculaire Cérébral

Il ne s'agit pas d' « accident » à proprement parler mais d'une complication brutale de maladies, **le plus souvent** chroniques, des vaisseaux ou du cœur, évoluant depuis des années.

Le terme d'AVC s'applique à un ensemble d'affections caractérisées par des lésions cérébrales d'origine vasculaire.

- **Schématiquement**
il existe 2 grandes variétés d'AVC

L'Infarctus Cérébral

Encore appelé **Accident Ischémique Constitué**, c'est le plus fréquent. Il survient quand **un caillot de sang bouche une artère**, ou beaucoup plus rarement une veine, empêchant brutalement le flux sanguin d'irriguer une partie du cerveau.

Les Hémorragies

Cérébrales ou Méningées, elles font suite à la rupture d'une artère.

L'hémorragie cérébrale : une artère cérébrale, c'est-à-dire située dans le cerveau, se rompt entraînant la diffusion du sang dans le tissu cérébral avoisinant et la formation d'un hématome dans le cerveau.

L'hémorragie méningée (ou sous-arachnoïdienne) survient lorsqu'une artère située dans les enveloppes du cerveau (ou méninges) se rompt.

Elle se traduit par un saignement dans les espaces méningés, situés entre le cerveau et le crâne.

Dans l'infarctus et l'hémorragie cérébrale, il y a toujours une lésion d'une région du cerveau.

L'hémiplégie

C'est la « paralysie » d'un côté du corps. Au début, elle est complète ou partielle.

Elle touche un côté du visage, entraînant une déviation de la bouche, rendant difficile l'élocution ou l'alimentation.

Elle prédomine le plus souvent au niveau d'un bras ou d'une jambe qui peuvent être au début totalement inertes. Les muscles sont alors incapables de la moindre activité.

Après quelques jours ou semaines, des contractions musculaires réapparaissent mais n'autorisent que des mouvements imprécis. Les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes cherchent à amplifier cette récupération tout en inhibant les mouvements parasites.

La gêne motrice de l'hémiplégique est en rapport avec :

- le trouble de la commande motrice (le cerveau gauche commande le côté droit, le cerveau droit le côté gauche) ; cette difficulté touche surtout les mouvements fins et précis des extrémités alors que les mouvements proximaux et globaux sont conservés voire amplifiés (syncinésies).
- la perturbation du tonus musculaire appelée spasticité.
- les limitations articulaires, conséquence des rétractions, qui risquent de s'installer avec le déséquilibre de la motricité.

Les troubles associés, qu'ils soient sensitifs, visuels, de la parole et du langage ou de la mémoire, sont très fréquents. Ces troubles varient en fonction de l'hémisphère cérébral atteint (droit ou gauche) et de la zone touchée.

Traitements

Après un AVC, le malade a souvent des chances de récupérer, au moins partiellement. Ces chances sont augmentées par les traitements curatifs et préventifs.

Les traitements curatifs visent à limiter l'extension des lésions cérébrales et à traiter la cause de l'accident.

C'est durant les premières minutes et heures que l'ampleur de l'infarctus ou de l'hémorragie augmente.

Il faut tout mettre en œuvre pour limiter l'extension des lésions et l'aggravation du déficit neurologique.

Dans le cas de l'infarctus cérébral, le traitement thrombolytique - permettant de détruire le caillot qui obstrue le vaisseau - doit être réalisé dans les 4 h 30 suivant l'apparition des symptômes.

Il faut également comprendre la cause de l'accident et la traiter pour éviter un autre accident : concernant l'hémorragie méningée ou sous-arachnoïdienne, la malformation vasculaire (en général un anévrisme artériel) à l'origine du saignement est traitée par voie chirurgicale ou plus fréquemment par voie endovasculaire (embolisation), pour éviter une nouvelle hémorragie.

Les unités neuro-vasculaires (U.N.V.) en liaison avec le **15** ou le **112** (N° d'urgence) sont les structures mises en place pour développer les prises en charge spécialisées : elles permettent de limiter l'aggravation du déficit neurologique et d'apporter au patient les meilleures conditions pour récupérer.

Ces unités associent des unités de soins intensifs, pour une surveillance dans les premières heures, et l'accès à des lits spécialisés pour la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux.

Actuellement, ces traitements ne sont dispensés qu'à une minorité, en raison de problèmes de délais d'intervention et de moyens matériels insuffisants.

Les traitements préventifs visent à prévenir les complications et à éviter la récurrence.

Prévention Secondaire

• Certains médicaments sont particulièrement importants

En cas d'infarctus cérébral, un traitement visant à rendre le sang plus fluide (pour prévenir la formation de nouveaux caillots) est prescrit. Il s'agit essentiellement de traitements antiagrégants plaquettaires (type aspirine) et, plus rarement, de traitements anticoagulants. Pour ces derniers, une surveillance régulière grâce à des tests de coagulation (TP - INR) est indispensable : le patient doit connaître les résultats attendus et les adaptations de posologie qui en découlent.

• L'hypertension artérielle favorise l'apparition des AVC

Le contrôle de la tension artérielle par des médicaments antihypertenseurs est particulièrement important pour prévenir une récurrence d'AVC ou la survenue d'une autre complication vasculaire. **Il est recommandé que le patient contrôle lui-même sa pression artérielle.**

Le diabète et les troubles du métabolisme des graisses nécessitent également une éducation nutritionnelle spécifique et un traitement.

L'arrêt du tabac peut nécessiter une prise en charge spécialisée.

Kinésithérapie

La kinésithérapie fait partie des traitements curatifs quand elle tente de réduire le handicap, mais elle peut être préventive lorsqu'elle permet de limiter les complications articulaires et musculaires.

• Quelles sont les grandes étapes ?

Récupération

Naturellement on observe une récupération relative après un AVC, dans les premières heures, les premiers jours. Le bras ou la jambe recommencent à bouger... cette récupération est le plus souvent incomplète, mais elle est plus probable si un traitement efficace a pu être réalisé.

Récupération et rééducation

La rééducation va permettre d'amplifier, d'accélérer la récupération spontanée. Elle participe au développement de nouveaux circuits qui permettent au cerveau de compenser certaines défaillances ; ce phénomène est appelé « **plasticité cérébrale** ».

Rééducation et réadaptation.

Le patient identifie avec le kinésithérapeute ses difficultés et réalise des exercices visant à les réduire ou à les contourner.

Il faut parfois trouver d'autres moyens physiques ou matériels pour progresser : c'est le début de la réadaptation.

Si le côté dominant a été touché, si la main reste déficitaire, il faut d'emblée développer l'habileté de l'autre main ; elle doit devenir la main de précision pour permettre l'écriture, la toilette, l'habillage... la réadaptation débute par cet entraînement de la main (relatéralisation).

Les moyens matériels peuvent être : une écharpe pour soutenir le bras, une épaulière, un gantlet de stabilisation du poignet, une canne, un système releveur du pied... tous ces instruments protègent et suppléent les muscles ou les articulations déficientes.

• Combien de temps durent toutes ces étapes ?

Les choses sont très variables d'un sujet à l'autre ; deux accidents vasculaires ne sont jamais strictement comparables. Il en va de même des capacités physiques et psychiques de chaque individu pour affronter ces difficultés.

Très schématiquement, on peut dire que la **récupération** lésionnelle dure quelques heures, au mieux quelques jours, la **rééducation** quelques mois, la **réadaptation** un à deux ans, voire plus.

- **Cela veut-il dire qu'il y a peu de chance de faire des progrès tardivement, après 1 an par exemple ?**

Certainement pas. Des études montrent que la mise en place tardive de programmes de kinésithérapie intensive entraîne des **progrès fonctionnels** : marche plus rapide, plus sûre, main un peu mieux utilisée. Il s'agit principalement de programmes d'**autorééducation**.

Au contraire, en l'absence de **rééducation d'entretien**, les performances peuvent se détériorer avec la sédentarité, la prise de poids, la majoration de la spasticité, les douleurs...

L'**autorééducation** est importante pour éviter ou minimiser les complications neuro orthopédiques, pour améliorer le résultat fonctionnel, même tardivement.

Par l'**autoévaluation**, le patient peut mesurer ses performances et ainsi mieux juger de ses capacités et du programme d'exercices nécessaires.

Principales difficultés motrices et sensibles

- **Perturbations de la sensibilité**

Il peut paraître paradoxal de parler d'abord de la sensibilité. Mais, si l'hémiplégique ne perçoit pas bien son bras ou sa jambe, il sera incapable de les faire bouger. Chercher à ressentir ou à analyser des sensations les yeux fermés est donc un exercice très important.

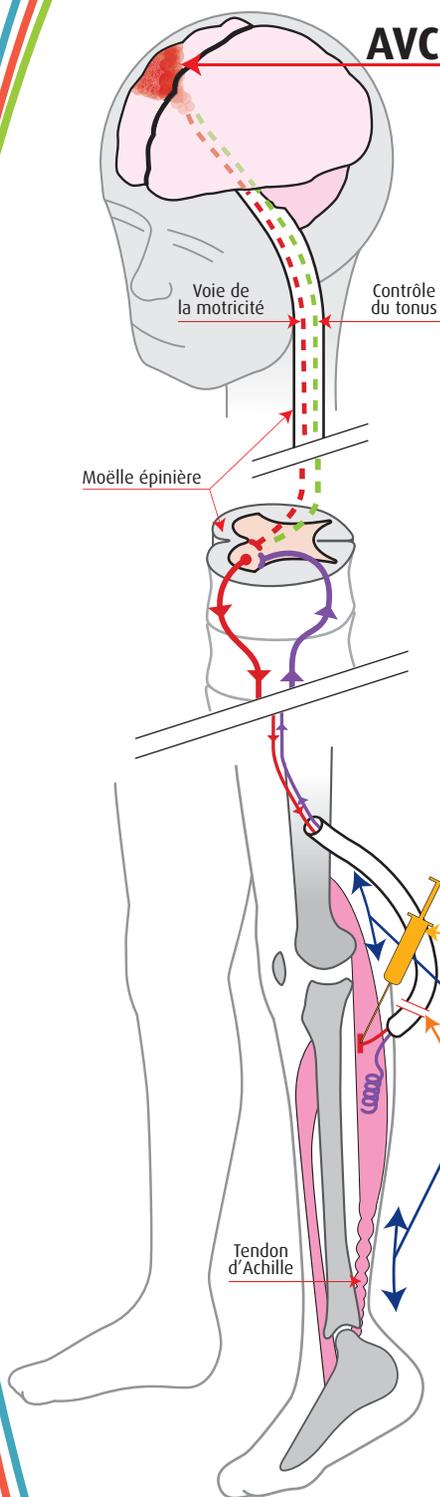
- **Déficit de la commande motrice volontaire**

Il est parfois totalement impossible de commander de façon précise (analytique) un muscle. Le plus souvent, le muscle se contracte en même temps que les muscles voisins (agonistes) voire opposés (antagonistes), c'est une contraction d'ensemble ou globale appelée syncinésie.

Parfois, le muscle ne se contracte qu'en situation, par exemple contraction automatique des releveurs du pied lors de la marche, alors que, sur la table d'examen, aucun mouvement ne se produit.

L'évaluation de la qualité de cette commande permet de distinguer une contraction **analytique**, mouvement fin et précis, **syncinétique**, mouvements globaux mal contrôlés, **automatique**, uniquement en situation mais parfois bien adaptée.

Cette évaluation est plus importante que celle de la force pure.



Les possibilités thérapeutiques

Injection
au point moteur du muscle

Allongement
Musculo-tendineux

Section partielle du nerf

• Spasticité

La spasticité est une augmentation du tonus musculaire qui n'est plus contrôlé par les centres cérébraux, se traduisant par une crispation, une raideur empêchant le mouvement, voire des spasmes.

La spasticité peut toucher l'ensemble des muscles de l'hémicorps (généralisée) ou prédominer sur certains groupes musculaires (focalisée) : le plus souvent, les fléchisseurs des doigts et du poignet, ou les extenseurs de la cheville.

Le score d'Ashworth est une cotation chiffrée simple, permettant de suivre l'évolution du symptôme et le bénéfice des traitements. Il tient compte de la plus ou moins grande difficulté à la mobilisation que constate l'examineur : 1 : simple accrochage - 2 : déclenchement du réflexe mais mobilisation facile - 3 : mobilisation difficile - 4 : mobilisation impossible.

Il est toujours important de rechercher un facteur aggravant (épine irritative) et surtout de savoir si la spasticité ne serait pas plus utile (pour tenir debout par exemple) que gênante.

Seule la spasticité invalidante doit être traitée. D'abord par des postures et étirements spécifiques, par des médicaments antispastiques si elle est généralisée, puis par des injections de toxine botulique si elle est focalisée.

Les possibilités chirurgicales ne sont envisagées qu'en cas d'échec de protocoles thérapeutiques correctement suivis.

• Rétractions

La diminution de longueur des muscles, des tendons, des ligaments, des capsules articulaires... est induite par l'absence de mobilisation et/ou une mauvaise position trop longtemps maintenue. On peut l'éviter en se mobilisant et surtout, **en étirant** ses muscles régulièrement.

Si l'articulation est bloquée, le chirurgien doit parfois opérer pour corriger les déformations : son intervention permet l'allongement des tendons, voire des muscles (voir schéma ci-contre).

La neuro-orthopédie a pour but le traitement médical, kinésithérapique et chirurgical des rétractions, de la spasticité et des troubles de la commande motrice.

Les règles de ce traitement doivent être clairement expliquées au patient au moment de discuter **les objectifs du contrat de soins** :

- 1 Distinguer ce qui est rétraction de ce qui est spasticité, car le traitement est bien différent.
- 2 Analyser ce qui est néfaste et ce qui est utile dans la spasticité et les rétractions.

3 Evaluer les capacités motrices, en particulier celle des muscles antagonistes qui conditionnent les chances d'améliorer la fonction (marche, préhension). Par exemple, s'il existe une commande sur les releveurs du pied, on peut, sans trop de risques de se tromper, prévoir une amélioration très sensible de la marche après correction des déformations du pied.

Le bloc moteur (anesthésie du nerf moteur) qui fait disparaître transitoirement la spasticité permet d'examiner le patient et de bien évaluer les performances en l'absence de spasticité.

Troubles complexes

Dans l'analyse des difficultés motrices on peut être confronté à des troubles plus complexes.

Par exemple, le syndrome de négligence dans les lésions de la partie droite du cerveau (hémiplégié gauche) et les troubles du geste et de l'utilisation des objets dans les lésions du cerveau gauche (hémiplégié droite).

L'**hémignégligence** est le fait de méconnaître, d'ignorer, d'oublier les stimulations et les perceptions dans la moitié droite ou gauche de l'espace selon le côté lésé du cerveau. Elle affecte généralement tous les types de stimulations et de perceptions : visuelles, auditives, tactiles (concernant le toucher) **et survient généralement en cas de lésion située dans la partie droite du cerveau**. Par exemple, une personne hémignégligente du côté gauche à laquelle on demande de copier le dessin d'une marguerite, ne reproduira que la partie droite de la fleur, « négligeant » toute la partie gauche. Parfois, il ne se rasera que la partie droite du visage. Il se cognera dans le chambranle des portes, ignorera les objets situés à sa gauche (l'œil fonctionne bien mais le cerveau ne tient pas compte des informations de l'espace gauche). Il faut stimuler le patient en permanence de ce côté et surveiller que cela ne le met pas en danger.

Les **troubles du geste et de l'utilisation des objets** (troubles praxiques) sont d'autant plus déroutants qu'ils peuvent ne pas apparaître en situation de vie quotidienne mais doivent cependant être rééduqués pour améliorer les performances du patient.

Il faut également tenir compte des **troubles de l'attention et de la programmation** que l'on peut observer dans les lésions du lobe frontal.

Le **manque d'initiative** peut être un symptôme neurologique, mais il est le plus souvent en rapport avec une **dépression** qui nécessite un traitement médicamenteux et une aide psychologique.

Les **troubles du langage** (aphasie), quand ils touchent la compréhension, compliquent beaucoup la rééducation motrice. Ils sont différents

des **troubles de la parole** (dysarthrie) qui est parfois difficilement compréhensible - rendant la communication difficile - et des **troubles de la voix** (dysphonie) après intubation prolongée par exemple.

Même si cela est difficile, il faut parler aux personnes aphasiques. Il est nécessaire de parler lentement, en faisant l'effort de bien articuler, de rester calme en attendant les réponses, de ne pas parler à la place du patient mais de savoir l'interrompre lorsqu'apparaissent des productions verbales déformées, inadaptées, voire incompréhensibles.

Complications spécifiques des AVC

• Dépression

Toute personne victime d'un AVC confirmera que c'est, au quotidien, un énorme changement, douloureux à vivre.

Après un AVC la dépression est fréquente, pouvant toucher 1 personne sur 3, voire 1 personne sur 2. Elle peut survenir dans les jours qui suivent l'AVC ou plus tardivement.

Les personnes qui ont eu un AVC se sentent souvent oubliées, elles ont parfois du mal à exprimer leurs sentiments.

Certains symptômes doivent alerter comme :

- se fâcher ou pleurer facilement
- dormir trop ou pas assez
- perdre l'appétit
- se sentir tout le temps fatigué ou ralenti mentalement
- éprouver un sentiment de culpabilité.

La dépression peut entraîner un isolement, avec un refus de partager des activités avec ses proches, une moindre participation à la rééducation.

La dépression post AVC nécessite une prise en charge spécialisée du patient et de son entourage (il est difficile d'aider un proche si l'on est soi-même déprimé) car beaucoup d'études ont montré **que les patients AVC déprimés se rétablissaient moins bien que ceux qui ne le sont pas.**

• Douleurs

Elles sont fréquentes et d'origines variées.

Il faut distinguer les **douleurs habituelles**, liées à la reprise d'une activité, des **douleurs plus inquiétantes**, centrées sur une région articulaire, pouvant se majorer la nuit qui font évoquer un « syndrome douloureux régional complexe » et nécessitent un traitement rhumatologique particulier.

La **spasticité** peut être source de douleurs par l'inconfort qu'elle entraîne.

Quand aux **douleurs neurologiques**, appelées aussi **neuropathiques**, elles peuvent se traduire par des « brûlures », des « fourmillements » intenses et nécessitent une consultation spécialisée.

• Epilepsie

L'épilepsie post AVC est rare, moins de 10% des cas, et survient, dans la majorité des cas, la première année suivant l'AVC.

Les crises d'épilepsie peuvent faire courir un risque au patient et à son entourage, en particulier sur la voie publique et bien entendu au volant si la reprise de la conduite automobile est envisagée. Ce risque devra être évalué par un spécialiste de la commission du permis de conduire (de même que les troubles du champ visuel et la négligence, s'ils existent).

• Récidive d'AVC

Rappelons que les symptômes d'AVC comme ceux d'une récurrence sont très variés et complexes à identifier.

Les symptômes suivants, de survenue soudaine, **doivent faire penser à un AVC. Il est nécessaire d'appeler le 15 ou le 112 car le traitement est de toute façon une URGENCE :**

- Faiblesse, paralysie, engourdissement, insensibilité, incoordination de la face, du bras, de la jambe d'un côté du corps,
- Diminution ou perte de la vision d'un œil ou diminution du champ de vision,
- Perte de la parole ou difficulté à parler ou à comprendre,
- Instabilité de la marche, maladresse d'une main,
- Vertiges, nausées, vomissements associés à de violents maux de tête.

De nombreux moyens permettent aujourd'hui de réduire le risque de récurrence. Il faut insister à nouveau sur la prévention secondaire par des médicaments adaptés au type d'AVC mais aussi des règles d'hygiène de vie commune à tous les AVC :

- **arrêter de fumer, limiter une consommation excessive d'alcool, surveiller son poids, avoir une activité physique régulière,**
- **en cas d'hypertension artérielle, prendre régulièrement son traitement et surveiller de près sa tension,**
- **en cas de diabète ou d'excès de cholestérol, suivre les conseils de son médecin et contrôler régulièrement glycémie ou bilan lipidique.**

L'hémiplégie au quotidien

Gérer la Spasticité

Au cours des consultations médicales, ou au cours des séances de rééducation, vous entendez fréquemment parler de « spasticité ».

• Comment se manifeste la spasticité ?

La spasticité vient s'ajouter à la paralysie pour rendre difficile les mouvements qui étendent le bras et ouvrent la main, et ceux qui fléchissent la hanche, le genou et relèvent le pied. Les difficultés pour se mouvoir et avoir un geste précis et harmonieux sont en partie liées à la spasticité. Par exemple, lorsque l'on veut plier le genou, on est gêné par la spasticité du muscle quadriceps en avant de la cuisse et par la paralysie des muscles situés derrière la cuisse.

La spasticité est souvent ressentie par le patient comme une « raideur ».

• Est-elle constante ?

Non, la spasticité peut varier au cours de la journée en fonction de différents facteurs. Souvent elle est moins ressentie en position allongée confortablement qu'en position debout.

L'effort intellectuel et les émotions peuvent la majorer momentanément.

Après un effort physique (marche prolongée, effort en kinésithérapie par exemple) il est habituel d'observer une augmentation de cette « raideur » associée parfois à un tremblement du pied, appelé clonus.

A l'inverse, elle diminue après une sieste, un moment de détente ou un étirement lent.

Ces modifications au cours de la journée sont tout à fait naturelles et ne doivent pas vous inquiéter.

• Quel sont les signes qui doivent m'alerter ?

L'augmentation durable de la spasticité doit vous faire penser qu'un facteur « irritant » vient modifier votre tonus musculaire et augmente cette sensation de « raideur ».

Il convient alors de vérifier l'absence d'irritation cutanée, de blessure, d'ongle incarné, d'inconfort dans la chaussure ou dans l'attelle.

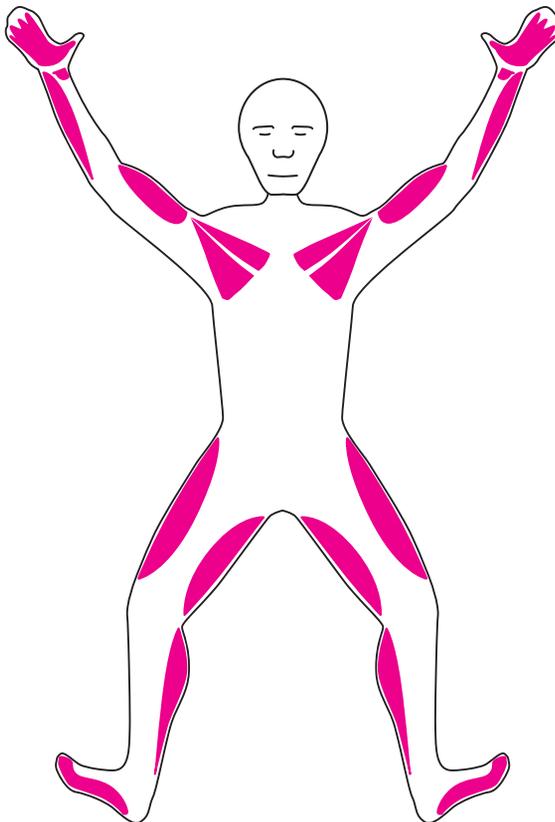
C'est en supprimant le facteur irritant que cette augmentation de spasticité cèdera. C'est en dialoguant avec votre kinésithérapeute et votre médecin qu'ensemble vous trouverez la ou les solutions.

• Comment l'évaluer ?

L'indicateur le plus utilisé est le score d'Ashworth qui cote cette spasticité de 0 à 4. Mais d'autres indicateurs sont essentiels pour prendre une décision de traitement et suivre son évolution : La gêne occasionnée au quotidien, la marche, la douleur, les déséquilibres...

Vous trouverez une aide pour mieux dialoguer avec votre médecin et votre kinésithérapeute dans le chapitre « Évaluer ses possibilités » et prendre des décisions.

En kinésithérapie, les étirements musculaires et les postures permettent de détendre temporairement vos muscles et d'éviter l'enraidissement des articulations. Dans le programme d'exercices, vous sélectionnerez avec votre kinésithérapeute les assouplissements les plus adaptés.



Identifier les muscles spastiques à étirer

Améliorer l'équilibre

L'équilibre est indispensable dans la vie de tous les jours : que ce soit pour tenir une position (assis, debout), pour pratiquer une activité (faire sa toilette, marcher ...).

L'hémiplégie peut entraîner des déficits sensoriels, un manque de réaction qui pourront altérer votre sens de l'équilibre.

Vous sentez peu (ou pas) votre pied en le posant sur le sol ?

Vous vous cognez contre les meubles, les portes... ?

Vous ressentez une douleur ou des fourmillements persistants qui perturbent la perception de votre corps ?

Quand vous êtes assis, votre dos ne se redresse pas correctement ? Vous restez penché d'un côté.

Votre jambe est raide ? Vous butez dans certains obstacles et vous avez du mal à effectuer le petit pas de côté pour éviter la chute ?...

Ce manque d'équilibre n'est pas une fatalité, il peut être amélioré par un entraînement.

Entraînez-vous dans un endroit où vous vous sentez en confiance. Essayez de repérer les dangers, d'identifier les obstacles et les zones dangereuses, puis sécurisez l'environnement autour de vous.

Évaluez de façon chiffrées vos capacités : chronométrez-vous dans différentes positions (assis, debout, les yeux ouverts puis les yeux fermés...) : voir test « évaluer mon équilibre » pages 102/103.

Pour reprendre confiance en vous, répétez les exercices de manière progressive.

N'hésitez pas à évaluer votre équilibre en réalisant les exercices test d'évaluation avec votre kinésithérapeute.

Maintien de l'épaule : Echarpe et autres contentions

• Qu'est-ce qu'une écharpe ?

C'est un système de maintien de l'épaule qui vous permet de moins subir l'effet du poids de votre bras, et d'éviter la subluxation inférieure de l'épaule.

De la plus simple à confectionner soi-même, à celle achetée en pharmacie, il existe une multitude « d'écharpes ». Votre médecin ou votre kinésithérapeute peuvent vous guider dans ce choix.

Vous en avez besoin si :

- Votre main malade est « gonflée » ou douloureuse
- Vous ressentez des douleurs d'épaule ou une sensation de « tiraillement »

Points à vérifier pour s'assurer de l'efficacité de la contention :

- Le coude doit être soutenu pour que le poids du bras ne tire pas sur l'épaule
- La main doit être plus haute que le coude une fois l'écharpe en place pour éviter le gonflement de la main

Le principal inconvénient de l'écharpe est d'immobiliser le bras coude au corps et de rendre le bras inutilisable.

Autres moyens :

L'épaulière est une alternative parfois envisagée. Elle doit être parfaitement adaptée et surveillée : trop lâche elle est inefficace, trop serrée elle favorise le gonflement de la main. Elle a l'avantage de permettre l'utilisation de la main.

Les contentions souples doivent être réalisées par le kinésithérapeute. Vous ne pouvez pas les faire seul. Pour être efficaces, elles doivent être renouvelées tous les deux à trois jours. L'irritation inévitable de la peau en limite l'utilisation dans le temps. C'est une très bonne solution pour passer un cap douloureux.

L'électro stimulation fonctionnelle est une méthode très intéressante. Elle permet d'obtenir la contraction des muscles du moignon de l'épaule à l'aide d'un petit boîtier que votre kinésithérapeute pourrait vous apprendre à programmer et à installer. Malheureusement, son utilisation n'est pas très répandue et ne donne pas lieu à remboursement.

L'installation de l'écharpe :



1 « Enfilez » le bras jusqu'au coude



2 L'écharpe passe dans le dos



3 Elle revient sur l'autre épaule



4 « Enfilez » la main dans le deuxième anneau. Vérifiez que votre coude est bien soutenu et que votre main ne « tombe » pas.

Utiliser des aides pour la marche

• Les cannes

Une canne « Tripode » peut être nécessaire si vous avez besoin de stabilité.



Une canne en T vous permettra d'améliorer votre sécurité et vos performances, surtout en extérieur



Un temps d'apprentissage est nécessaire pour apprendre à les utiliser. Acceptez de prendre ce temps, en général quelques jours, avant de faire le point avec votre kinésithérapeute sur le confort ou la sécurité réelle apportés. Vérifiez avec votre kinésithérapeute le bon réglage en hauteur de la canne et l'usure de l'embout qui doit être régulièrement renouvelé.

• Les releveurs

Le releveur est une attelle qui relève la pointe du pied, lui évitant d'accrocher le sol lors de la marche. Il sert également à protéger la cheville des entorses. Il améliore la qualité, l'endurance et la sécurité de votre marche.

Il existe une grande variété de releveurs : souples ou rigides, standards ou réalisés sur mesure. Votre kinésithérapeute va vous guider dans ce choix.

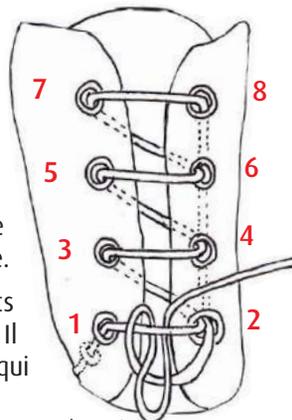
Un releveur nécessite une chaussure qui maintient bien le pied. Il peut être utilisé avec différentes chaussures. Cette attelle nécessite une surveillance. Elle ne doit entraîner aucune douleur ni irritation de la peau.

• Chaussures du commerce ou chaussures orthopédiques ?

Le choix d'une bonne chaussure est très important pour une personne hémiplegique. Le maintien de la cheville nécessite souvent une chaussure montante. Les chaussures de sport (basket) conviennent bien en centre de rééducation mais, en ville, il est souvent difficile de trouver une chaussure bien adaptée à son pied.

Les chaussures orthopédiques actuelles sont aussi légères et esthétiques que beaucoup de chaussures du commerce et procurent un meilleur confort et une meilleure efficacité.

Quel que soit le type de chaussure un modèle à lacets permet un meilleur maintien du pied que les velcros. Il faudra alors apprendre **le laçage d'une seule main** ce qui peut demander un peu de patience.



Laçage d'une seule main

Améliorer la marche

Après un AVC, votre façon de marcher peut être très différente de celle que vous connaissiez. Avec votre kinésithérapeute faite le point sur ce que vous pouvez améliorer.

• Le schéma de marche

Le pied accroche-t-il quand vous passez la jambe ? Est-il stable quand vous êtes en appui dessus ? Pouvez-vous appuyer fortement dessus quand vous voulez marcher plus vite ?

Le genou peut-il plier quand vous passez la jambe ? Présente-t-il un ressaut quand vous prenez appui dessus dans une position dite en « recurvatum » ?

La hanche permet-elle de faire des grands pas ?

Le bras reste-t-il collé au corps ou balancent-ils pendant la marche ?

Le corps est-il figé ou pouvez-vous bouger votre bassin et votre poitrine pendant la marche ?

Reprendre certains défauts de marche est parfois possible avec votre thérapeute et de la concentration. Avec beaucoup de répétitions, cela devient petit à petit plus automatique et facile. Cela améliore distance parcourue, vitesse et stabilité, **mais ce qui reste essentiel, c'est de s'entraîner régulièrement à marcher.**

• La distance de marche

Savez-vous identifier ce qui limite votre périmètre ?

Essoufflement, fatigabilité, faiblesse musculaire, raideur, tremblements... Pour chaque raison existe une réponse différente.

On peut s'entraîner en marchant chaque jour, et surtout en notant ses progrès : distance parcourue, temps de marche possible, sensation d'essoufflement, sensation d'effort plus facile, pouls...

Etablir **un parcours dans son quartier ou dans un parc des environs** peut vous motiver. La marche régulière est l'exercice le plus conseillé... ceci a été scientifiquement validé.

En bref une marche prolongée, selon vos capacités, au moins trois fois par semaine, vous permet d'optimiser votre capital santé !

• La vitesse de marche

Savez-vous déterminer à quelle vitesse vous vous déplacez ?

On peut déterminer sa vitesse de marche en calculant sa vitesse sur 10 mètres. Une explication de ce calcul se trouve à la fin de ce livret.

Faites ce test avec votre kinésithérapeute. Essayez-le avec et sans votre canne, avec et sans votre attelle releveur, pour comparer votre aisance et votre vitesse.

Par exemple, pouvoir accélérer permet de traverser la rue avec plus de sécurité.

• La concentration pour marcher

Devez-vous rester concentré pour marcher ? ou pouvez-vous tout en marchant discuter, regarder le paysage, réfléchir au trajet à prendre ?

Si vous êtes obligé de vous arrêter ou de ralentir, c'est que vous avez besoin de beaucoup de concentration pour marcher.

Entraînez-vous dans des lieux calmes où votre concentration peut être maximale. Lorsque vous pourrez parler en marchant, allez dans des lieux publics plus animés.

Faciliter les changements de position

Dans la journée, les besoins de changements de position et de transferts sont fréquents.

Se retourner dans le lit, s'asseoir au bord du lit, se lever du lit ou d'un siège plus ou moins bas, passer du lit au fauteuil roulant, s'asseoir et se relever des WC, entrer et sortir de la baignoire, monter et descendre d'une voiture, mais aussi s'allonger au sol et se relever. La possibilité de le faire seul, en sécurité vous permet de conserver votre indépendance.

Vous trouverez de nombreuses idées d'installations pouvant faciliter ses changements de position dans le chapitre « Gérer l'environnement » - p 33.

Vous pourrez surtout travailler toutes ces situations avec votre kinésithérapeute après lui avoir montré comment vous faites.

Si l'hémiplégie est sévère, un aidant (un membre de votre famille, une aide de vie) est alors nécessaire. Il faut alors savoir faire les choses ensemble, s'aider mutuellement pour que le mouvement soit fluide et sans danger pour les deux... sans abimer le dos de l'aidant ou l'épaule hémiplégique.

Il est alors important que votre aidant participe aux séances de rééducation ou les transferts sont travaillés (y compris monter et descendre d'une voiture) Il est aussi important que vous appreniez à guider un aidant occasionnel (une personne qui n'a pas l'habitude de vous aider).

Récupérer une certaine préhension

Alors qu'environ 80% des patients victime d'AVC récupèrent des capacités de marche, moins de 20% pourront à nouveau se servir de leur main hémiplégique avec la rapidité et la précision désirée.

• Si votre bras a quelques possibilités de mouvement

Pensez à le mobiliser régulièrement pour conserver sa souplesse : reportez-vous aux exercices proposés dans ce livret.

L'avant-bras et la main posés sur la table peuvent permettre de stabiliser un objet ou une feuille pour écrire, comme un « presse-papier ».

Si la spasticité vous maintient le coude fléchi, cela peut parfois permettre de tenir un sac accroché à votre avant-bras.

Les petits mouvements de l'épaule peuvent parfois vous permettre de bloquer un objet léger contre le thorax.

• La main

Conserver la souplesse d'ouverture de la main est indispensable, pour pouvoir la laver, se couper les ongles, garder une bonne hygiène, éviter la macération.

La spasticité des fléchisseurs des doigts peut vous permettre de tenir votre porte-monnaie, une petite bouteille, votre pot de yaourt pour en retirer l'opercule...

Prenez le temps d'étudier tous ces petits gestes du quotidien pour lesquels votre main peut vous aider : ils vous faciliteront la vie et vous éviteront de ressentir votre bras comme un « fardeau ».

• Pour aller plus loin

Si vous pouvez ouvrir et fermer votre main et que vous voulez faire mieux, « **le bras contraint** » est un protocole de rééducation qui a prouvé son efficacité. S'obliger à utiliser son bras hémiplégique (le bras sain est immobilisé contre le thorax) 5 heures par jour, 5 jour sur 7, pendant 3 semaines est **très contraignant et demande beaucoup de volonté...**

Ce protocole proposé en centre pourra probablement être adapté pour la rééducation à domicile.

Pratiquer régulièrement une activité physique

Après un AVC il est fréquent d'avoir des difficultés persistantes de mobilité. Vous bouger moins, ce manque d'exercice conduit à une baisse de la condition physique qui accentue encore vos difficultés.

Pour sortir de ce cercle vicieux, la pratique régulière d'une activité physique est nécessaire.

Les activités qui ont fait la preuve de leur efficacité sur la santé sont des activités dites **aérobie**. Une activité aérobie est une activité physique exigeant l'utilisation d'oxygène par le corps pour générer de l'énergie pendant un temps prolongé. Elle a pour principal intérêt d'entraîner le cœur et les poumons à l'effort.

• Quelles activités choisir ?

Le choix d'une activité qui vous plaît semble important pour maintenir votre motivation.

Les activités de la vie quotidienne sont en elles même une forme de réentraînement : faire le ménage, jardiner, faire les courses, prendre l'escalier plutôt que l'ascenseur...

• La marche

Les études actuelles recommandent **une marche d'au moins 30 minutes, trois fois par semaine.**

Il est possible que vous ne soyez pas encore capable de marcher 30 minutes. L'entraînement va vous faire progresser.

Fixez vous des objectifs réalisables, notez vos progrès (temps de marche, distance parcourue, fatigue). Le seul fait d'être moins essoufflé ou fatigué après une marche, même plus courte que vous ne l'espériez est un progrès.

• La pratique de votre programme de rééducation

Grace à ce livret, vous construirez avec votre kinésithérapeute un programme personnalisé d'exercices dont la pratique régulière vous permettra d'améliorer vos capacités. **Ce programme pourra évoluer avec vos progrès, vos besoins, vos envies.**

• Le sport et les activités de loisirs

Certaines formes d'entraînement peuvent prendre un caractère plus sportif et convivial alors qu'elles sont pratiquées en groupe, en famille ou entre amis.

Il est parfois intéressant d'étudier les aménagements qui vous permettraient la reprise éventuelle d'une activité sportive ou de loisir antérieure.

Les associations de patients proposent souvent ce type d'activités permettant de rompre l'isolement.

- **L'entraînement chez votre kinésithérapeute**

Au cabinet de votre kinésithérapeute, un entraînement plus soutenu peut être envisagé sur tapis roulant, bicyclette ergométrique, après accord de votre médecin.

Gérer l'environnement

Quelques idées afin de faciliter l'indépendance dans la vie quotidienne.

Des petits réaménagements peuvent être nécessaires : déplacer quelques meubles riches en souvenirs mais trop instables et dangereux, fixer voire retirer un tapis, changer une lampe de place pour plus de lumière dans un lieu de passage...

L'achat de matériel peut se révéler utile : l'installation d'une barre d'appui où l'on s'assied dans la journée, un fauteuil pour se reposer et duquel on se lève facilement...

De nombreux sites internet permettent de commander des articles, mais on en trouve certains plus simplement, et à moindre coût, dans les grandes surfaces de bricolage. N'hésitez pas à demander conseil (ergothérapeute, masseur kinésithérapeute) pour l'achat ou l'installation optimale de votre matériel.

De même, si celui-ci est coûteux, il est généralement possible de le tester chez soi, en condition réelle : la largeur d'un couloir ou d'une porte, peuvent parfois réserver de mauvaises surprises.

Peu d'articles sont remboursés par la sécurité sociale, mais ces investissements servent tous les jours et ne sont pas superflus : ils vous permettent d'être plus indépendant, de moins solliciter votre entourage.

Attention cependant : la question n'est pas de faire un grand nombre d'aménagements ou de posséder beaucoup d'aides techniques. La question est qu'ils soient adaptés à la personne concernée. L'assistante sociale de services spécialisés pourra vous aider à constituer un dossier de financement par les organismes sociaux.

Dans la vie quotidienne, quelles sont les difficultés les plus fréquentes ?

Se lever, et donc s'asseoir

Que ce soit de sa chaise, de son fauteuil, de son lit ou des WC, se lever (et donc s'asseoir) peut se révéler difficile. Pour vous aider, deux possibilités : rehausser l'assise du siège et/ou poser une barre d'appui.

• Chaise / Fauteuil

Plus l'assise est basse et plus il est difficile de se relever.

Un coussin stable rehausse confortablement l'assise. Cependant, il est plus aisé de se relever d'un fauteuil que d'une chaise car les accoudoirs servent de point d'appui.

Si l'aménagement d'un fauteuil traditionnel ne suffit pas, il existe des fauteuils de confort avec système électrique qui permet d'élever et de faire basculer l'assise pour aider à la mise debout. À l'inverse, ces fauteuils peuvent s'incliner en arrière pour obtenir une position semi-allongée et favorable au repos.

Au cours d'une activité debout, utilisez un tabouret haut avec un petit dossier qui permettra d'éviter la fatigue.

• Lit

Le principe est le même. Plus le lit est bas et plus il est difficile de se coucher et de se lever.

Si la literie est bonne, ou que l'on souhaite la conserver, une simple mais solide installation de calles sous les pieds rehaussera le lit. Pour plus de confort, les sommiers traditionnels avec systèmes électriques permettent de moduler à loisir la position.

Pour faciliter le lever du lit, on peut également faire installer une barre d'appui sur le mur. Dans ce cas, il peut être nécessaire de déplacer le lit.

Si cela ne suffit pas, il existe des lits médicalisés dont tous les paramètres sont réglables. Prescrit par le médecin, leur location peut être remboursée par la sécurité sociale.

Une télécommande permet de faire varier la hauteur du lit et l'inclinaison du dossier. Des barrières de lit sont une sécurité et peuvent servir de point d'appui.

• Toilette / WC

Les WC ont tous la même hauteur. Afin de remonter l'assise, il existe des rehausseurs de différentes tailles avec lesquels il est plus facile de s'asseoir ou de se relever. Il convient d'être attentif à ce qu'ils soient solidement fixés sur la cuvette d'origine.

Certains rehausseurs sont munis de barres d'appui. Si ce n'est pas le cas et que vous en ressentez le besoin, une barre d'appui dans les toilettes du côté non hémiplégique aide à s'asseoir et se relever.

L'utilisation d'une chaise percée ou d'un urinal peut éviter de s'aventurer dans les couloirs au milieu de la nuit et de réveiller l'aidant.



Se déplacer sans risque

Se déplacer, même à l'intérieur de son logement, peut être difficile en raison de gestes précipités, d'un équilibre instable, d'un état douloureux ou de fatigue... Prévenir une chute est possible si l'on sait repérer les dangers de l'habitat, (objets - ou jouets d'enfants - non rangés, présence d'un animal domestique...) et adapter ses habitudes de vie.

• Bien s'éclairer

C'est une règle d'or. Tous les lieux doivent être suffisamment éclairés pour que rien ne soit dans l'ombre. Cela implique la pose d'un interrupteur à l'entrée et à la sortie de toutes les pièces, sans oublier les couloirs ou les halls de circulation.

Il est utile, la nuit, que le bouton de la lumière soit près de votre lit, stable et facilement accessible ; bénéficier d'une veilleuse permet de trouver l'éclairage facilement. De même, une lumière à côté du téléphone, un éclairage des endroits où des manipulations précises sont à faire (appareils électriques par exemple) sont souhaitables.

• Espace de déambulation

Se déplacer dans son logement implique qu'il ne soit pas inutilement encombré : alors les mouvements en deviennent plus aisés. De plus, canne ou déambulateur prennent de la place. Il est donc recommandé d'être attentif aux éléments suivants :

Meubles

On invite souvent à retirer les meubles devenus « inutiles » ou autres petits guéridons. Instinctivement, on est tenté de s'y accrocher en cas de perte d'équilibre alors qu'ils ne peuvent pas toujours nous soutenir...

Un conseil judicieux : créer de l'espace, mais restez très vigilant face aux risques de chutes.

Ne retirez jamais un meuble sur lequel une personne a l'habitude de prendre appui lors de ses déplacements. Veillez plutôt à vérifier sa solidité et sa stabilité. Si ce n'est pas le cas, remplacez-le par un meuble lourd.

Sols

Les tapis sont le plus souvent un élément de décoration. Leurs deux désavantages sont de créer une irrégularité sur le sol et, s'ils sont petits, de glisser. **Il est vivement conseillé de retirer les tapis qui se trouvent sur les espaces de circulation** (couloir, entrée du séjour et de la chambre...). Pour les autres, il existe des revêtements antidérapants qu'il convient de fixer sur les bords de l'envers du tapis, on peut aussi fixer au sol les angles qui auraient tendance à se recourber.

Les sols mouillés sont des sols glissants et ce, d'autant plus s'il s'agit de carrelage ou de linoléum. La salle de bain et la cuisine sont les deux pièces les plus exposées à ce risque. Dans ces pièces, avoir (à portée de main) une raclette à long manche, permet de retirer l'eau. Pour davantage de sécurité, il existe des produits antidérapants que l'on peut appliquer sur les sols, on peut aussi investir dans des carrelages antidérapants.

Déplacement avec objets

Une table roulante peut vous aider à transporter des objets, mais attention, elle ne peut pas remplacer une aide de marche. Votre table roulante doit être la plus solide et la plus stable possible.

Il existe également des déambulateurs avec panier qui remplacent avantageusement les tables roulantes en cas d'insécurité de marche.

Escaliers

Les escaliers sont des lieux à risque de chutes. Trois précautions à prendre pour éviter de tomber : être attentif à la qualité du sol, améliorer la possibilité de se tenir et optimiser l'éclairage.

L'escalier recouvert de tapis doit être impérativement en bon état. Il faut vous assurer de l'adhérence parfaite du tapis (cloués sur les nez de marche et sur toutes les longueurs).

S'ils ne sont pas recouverts de tapis, les nez de marches doivent être antidérapants (s'il s'agit de pièces rapportées, vérifiez qu'ils sont bien fixés). Dans tous les cas, le revêtement des escaliers ne doit pas être glissant.

Les escaliers munis d'une rampe de chaque côté, permettent de se tenir, tant à la montée qu'à la descente.

Enfin, les escaliers, pour être bien éclairés, nécessitent un va et vient.

Pas de précipitation

Le dernier conseil relatif à l'espace de déambulation est l'absence de précipitation. Ne pas oublier d'attendre un moment avant de se lever... pour être sûr de son équilibre.

Par exemple, quand le téléphone sonne, ne vous précipitez pas. Si le correspondant est trop pressé... il rappellera. Utilisez votre répondeur téléphonique, ce qui vous permettra de rappeler tranquillement sans avoir pris de risque.

Faire les choses d'une seule main

Les deux mains sont faites pour se compléter. Si l'une ne fonctionne pas, ou si elle fonctionne mal, il convient de trouver une solution pour la remplacer. Les possibilités et astuces sont nombreuses. Outre quelques aménagements ou aides techniques spécifiques, l'idée de base est de trouver le moyen de fixer l'objet utilisé. Cette fixation remplace la main qui ne peut plus le faire.

Les exemples ci-dessous sont loin d'être exhaustifs.

• Aide à la toilette

La salle de bain est un lieu dans lequel les chutes sont fréquentes. Les sols mouillés sont dangereux. Il est souhaitable d'avoir à porté de main une raclette à long manche.

Douche / Baignoire

Dans la douche et/ou la baignoire, il convient de mettre un tapis antidérapant, voire de disposer également des barres d'appui pour éviter de glisser.

Afin d'éviter d'avoir à enjamber, une douche traditionnelle peut être avantageusement remplacée par une douche sans bac receveur, après avis d'un expert du bâtiment. Si cette installation n'est pas envisageable, une barre d'appui judicieusement placée vous aidera au passage du pas. Il existe par ailleurs des sièges, que l'on peut mettre dans une douche, et qui permettent de s'asseoir pendant la toilette.

Pour la baignoire, il existe des planches de transfert bain qui permettent de rentrer et sortir plus facilement. Les mesures de la planche doivent être adaptées à la taille de la baignoire. Il est conseillé, avant de l'acquérir, d'apprendre à l'utiliser avec un ergothérapeute ou un kinésithérapeute.



S'asseoir devant le lavabo

Retirer le meuble sous le lavabo permet de s'asseoir. Ainsi les genoux trouvent leur place et vous pourrez vous laver sans ajouter un exercice d'équilibre. Il est parfois nécessaire de rehausser le lavabo ou d'acquérir un siège adapté pour le glisser dessous.

Aides techniques

Un robinet mitigeur (douche, baignoire, lavabo, évier...) permet la manipulation d'une seule main.

Une brosse à long manche permet de se laver le dos facilement, ou de se frotter les pieds sans se baisser.

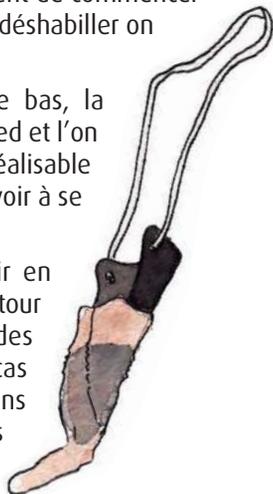
La fixation des objets au mur (distributeur de savon, dentifrice, brosse à ongles, coupe-ongles...) ou la fixation avec une ventouse, permet une utilisation plus facile.

• Aide à l'habillage et au déshabillage

Pour s'habiller, qu'il s'agisse du haut ou du bas, il convient de commencer par enfiler le vêtement du côté hémiplégique ; pour se déshabiller on commence inversement par le côté le plus habile.

Il existe des « enfile-bas ». Après avoir installé le bas, la chaussette ou le collant sur la palette, on y insère un pied et l'on remonte le tout sur la jambe à l'aide de la sangle. Réalisable d'une seule main, ce mécanisme évite également d'avoir à se baisser.

Pour le soutien-gorge, si un bras peut le maintenir en position, il s'agrafe devant avant de le faire tourner autour du buste. Il existe d'ailleurs dans le commerce des soutiens-gorge qui se ferment devant. En cas d'impossibilité, et le plus souvent dans des magasins de sport, on trouve des soutiens gorges sans fermeture qui s'enfilent comme un pull.



Pour les boutons un enfile-bouton peut aider, mais le velcro est très utile car, bien posé, il respecte l'élégance du vêtement.

Pour lacer des chaussures, il existe le « nœud hémiplégique » réalisable d'une seule main (cf. schéma p. 23) ou l'utilisation de lacets élastiques qui se substituent aux lacets habituels.

• Aides au repas

Il existe de nombreux ustensiles qui peuvent vous aider. Trois sont fréquemment utilisés :

- **Le couteau fourchette**, remboursé par la sécurité sociale, s'utilise comme un hachoir et permet de couper ses aliments d'une seule main.

Extrêmement tranchant, il ne doit pas remplacer la fourchette.

- **Un tapis antidérapant**, que l'on installe sous l'assiette pour l'empêcher de glisser.

- **Une butée**, qui se fixe autour de l'assiette, évite que les aliments ne s'en échappent.



Par ailleurs, si vous toussiez en avalant de l'eau, ou si vous éprouvez des difficultés de déglutition, parlez-en avec un professionnel de santé.

• Aides à la préparation des repas

Faire la cuisine est généralement une nécessité, mais cela peut aussi être un bon moment de la vie à savourer... Quelques idées pour retrouver le plaisir de cuisiner :

Les risques de chutes

Comme pour la salle de bain, quelles que soient les aides à la préparation du repas, la cuisine est un lieu où le sol, souvent mouillé, est glissant.

Le rangement

Quelques astuces simples pour le rangement des ustensiles. Placer :

- Les objets lourds en bas des placards (casseroles, bouteilles...)
- Les objets légers en hauteur (verres, assiettes...)
- Les objets que l'on utilise souvent à portée de main.

À l'extrême, il existe des cuisines dont les rangements sont réglables en hauteur. Un système électrique permet de faire monter ou descendre le placard pour que l'objet convoité soit à portée de main.

L'aménagement de l'espace

Pensez à aménager votre espace pour :

- Minimiser les risques dû aux diverses manipulations : tablette solide et stable devant ou à côté du four, du four à micro ondes, de la cuisinière, du réfrigérateur, du lave-vaisselle...
- Prévenir les moments de fatigue : siège à disposition, évier, plan de travail ou table évidés permettant de s'asseoir devant...
- Faciliter la réalisation de l'activité : éclairage suffisant, prises de courant en hauteur, mitigeur sur l'évier...

Les aides techniques

Multiplier les aides techniques est inutile car elles finissent... au fond du placard. En revanche, en fonction de vos habitudes de vie et de vos intérêts, elles peuvent se révéler très précieuses. Les plus utilisées sont :

- **L'antidérapant** se vend soit en rouleau, soit prédécoupé en rond, carré ou rectangle. Il permet à l'objet utilisé de ne pas bouger. Il sert donc à toute sorte de choses : utilisation de l'essoreuse à salade ou plat dans lequel on fait une mayonnaise par exemple, mais également feuille de papier sur laquelle on écrit...
 - **Le couteau économe** fixé sur le coin d'une table : puisqu'il ne peut plus bouger, c'est la pomme de terre ou la carotte que l'on mobilise sous la lame pour l'éplucher. Il est conseillé de mettre une poubelle sous l'installation pour éviter d'avoir à ramasser les épluchures.
 - **La planche à découper** munie de clous inoxydables permet de caler les légumes, le pain, la viande... pour les découper.
 - **Le fixe casserole**, aimanté, se pose sur la cuisinière. Le manche de la casserole se glisse entre deux montants ayant pour but de fixer la casserole, ce qui permet de remuer son contenu sans que celle-ci ne bouge.
 - **Le coquetier à ventouse** permet de séparer le blanc des jaunes, étape fréquente lors de la confection d'un gâteau.
 - On n'oubliera pas, si la personne concernée doit devenir gauchère, qu'il existe des **ciseaux, des tire-bouchons et autres outils pour gaucher**. A propos de tire-bouchons, on trouve dans le commerce des tire-bouchons à pompe qui sont aisément utilisables d'une main puisqu'ils ne déstabilisent pas la bouteille.
 - **L'allongement des manches** (pelle à long manche, pince à long manche...) évite de se baisser pour ramasser ce qui est tombé par terre.
- L'utilisation des appareils électriques est très utile. Parmi eux, le couteau électrique est pratique et souvent utilisé. Pour les autres, posés sur un

antidérapant, ils sont suffisamment lourds pour ne pas bouger pendant leur utilisation qui peut donc s'effectuer d'une seule main. On pensera à l'ouvre-boîte électrique (qui peut d'ailleurs se fixer au mur), au presse-fruits, à la bouilloire, à la cafetière, aux robots...

Sont proposées ici quelques idées relatives à la prévention des risques et à l'amélioration de l'indépendance dans la vie quotidienne. Beaucoup peut encore être fait.

Les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes sont formés pour aider les personnes en situation de handicap à être plus autonomes. N'hésitez pas à leur demander conseil*.

* Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) :
34, avenue Aristide Briand • 94110 Arcueil • France
E-mail : accueil@anfe.fr • www.anfe.fr
Téléphone : 01 49 85 12 60 • Fax : 01 49 85 13 60

Programme d'exercices

Mode d'emploi	44
Exercices couché	47
• Se mettre en boule	47
• Rouler en boule	48
• Abdominaux	49
• Retournements latéraux	50
• Pont fessier	51
• Vers la position de la « petite sirène »	52
Exercices Assis	56
• S'asseoir en tailleur	56
• Se pencher de gauche à droite	58
• Assis par terre jambes tendues	59
• Califourchon	60
• Croiser les jambes	61
• Changement de chaise	62
• Assis vers debout	63
Exercices Debout	66
• Transfert d'appui	66
• Fentes avant	67
• Pointer du doigt une cible	68
• Lancer une balle sur une cible	69
• Étirement du mollet	70
• Unipodal	71
• Step	72
Exercices pour le Membre supérieur	76
• Automobilisation du membre supérieur	76
• Automobilisation de la main	77
• Faire glisser un objet à 2 mains	78
• Faire glisser un objet d'une main	79
• Prendre, déplacer et reposer un objet (...) à 2 mains	80
• Prendre, déplacer et reposer un objet (...) d'une main	81
• Pointer du doigt une cible	82
• Lancer une balle sur une cible	83
• Prendre un objet dans une boîte et le déposer dans une autre	84

Couché

Assis

Debout

Membre supérieur

• Programme d'exercices •

Mode d'emploi

Vous sélectionnerez avec l'aide de votre masseur-kinésithérapeute dans les exercices qui vous sont proposés ceux qui vous sont le plus utiles : Exercice couché, Assis, Debout ou Membre supérieur. Il fixera avec vous la série de répétitions qui semble la plus adaptée pour chaque exercice.

Chaque fiche d'exercice est construite sur le modèle suivant :

Les avertissements



Sécurité

Précautions à prendre avant de réaliser l'exercice.



Avant de Commencer

Ce que vous devez savoir faire avant de réaliser l'exercice.

L'exercice



Un descriptif explique ce qu'il faut faire.

Une série de répétition peut être proposée. Notez ce que vous arrivez à réaliser et essayez de progresser.

Niveau de difficulté

Vert = très facile

Bleu = facile

Rouge = difficile.

Le schéma



Côté hémiplégique



Sens des mouvements à réaliser



Action facile à réaliser



Action difficile à réaliser



Zoom sur un aspect important de l'exercice

Couché

Type d'exercice

Onglet pour repérer le type d'exercice :
Couché, Assis, Debout,
Membre supérieur

Ponts fessiers

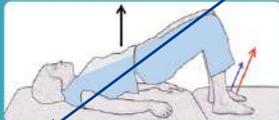
Sécurité

- Arrêter l'exercice si des douleurs.
- Respirer.
- Éviter de surcharger l'il si vous ne pouvez pas vous mettre au sol.
- Ne pas se relever légèrement du sol.
- Prendre appui pour se relever.
- Se mettre sur un tapis antidérapant au cas de la moquette.

Avant de commencer savoir :

- Prendre soin des 2 jambes en tenant les genoux.

Indiquer avec une croix sur le dos, jambes repliées, pieds à plat au sol, soulève les talons et le bassin (flexion croix) en soufflant. Le bassin doit être équilibré - vérifier que la fosse côté hémiparétique ne reste plus plate. En progressant vous soulevez le pied sain du sol en gardant le bassin équilibré. Plus vous le soulevez haut plus il travaille sous l'angle. Fesse, tibia pas épaule.



Intérêts : Renforcement - Mise en charge - Equilibre

Note :

31



Intérêts. Selon les cas, les exercices ont pour but de :

- **Faciliter les transferts** : cela doit vous aider à vous retourner dans le lit, vous asseoir, rentrer et sortir d'une voiture...
- **Mise en charge** : l'appui préférentiel du côté sain diminue les possibilités du côté atteint.
- **Renforcement musculaire** : augmenter la force de votre côté hémiparétique vous aidera dans de nombreuses activités.
- **Endurance** : par la répétition, vous améliorez vos possibilités musculaires, mais aussi cardiorespiratoires.
- **Assouplissement** : étirement des muscles spastiques et assouplissement articulaire restent indispensables pour lutter contre les raideurs, conséquence de la spasticité.
- **Détente** : pour mieux ressentir son corps en douceur.
- **Equilibre** : pour l'améliorer et se sentir plus en sécurité.
- **Dextérité** : améliorer l'aisance, la précision et la vitesse des gestes de votre membre supérieur.



Notes

En bas de chaque fiche, un espace libre vous permettra, avec votre masseur-kinésithérapeute, d'inscrire des remarques sur les exercices et leur posologie (respiration, nombre de répétitions...) Des pages de notes sont également insérées, n'hésitez pas à les utiliser.

Se mettre en boule

exercice Couché



Sécurité

- Avoir un espace dégagé autour de soi.
- Prévoir un appui pour se relever.



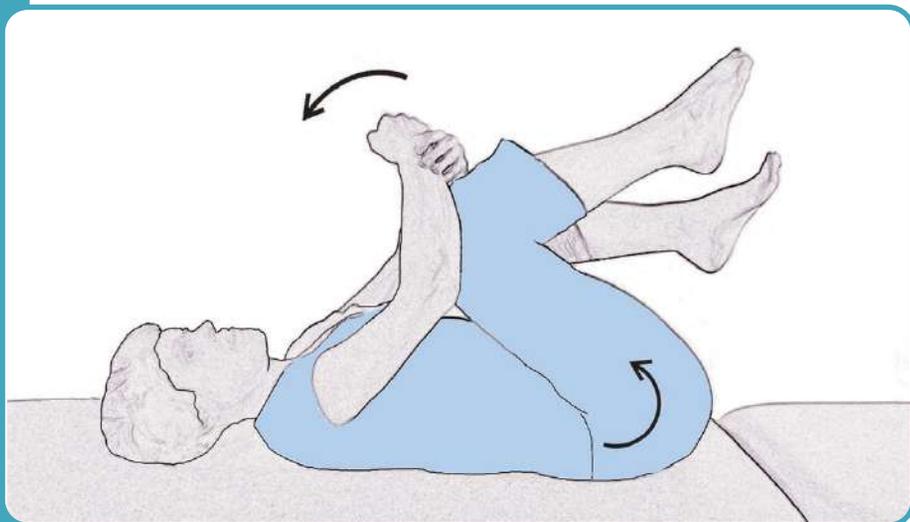
Avant de commencer, savoir :

- Descendre au sol (ou le faire au lit).
- Fléchir un peu les hanches.

Couché



Allongé sur le dos, vous montez les genoux vers la poitrine et vous les attrapez. Si possible, tirez vos genoux vers la poitrine. Gardez la position une minute en soufflant doucement ; ressentez votre dos qui s'étire, sans douleur. Répétez l'exercice 4 ou 5 fois.



Intérêts : Assouplissement - Détente

Notes : _____

Rouler en boule

exercice Couché



Sécurité

- Avoir un espace dégagé autour de soi.
- Prévoir un appui pour se relever.

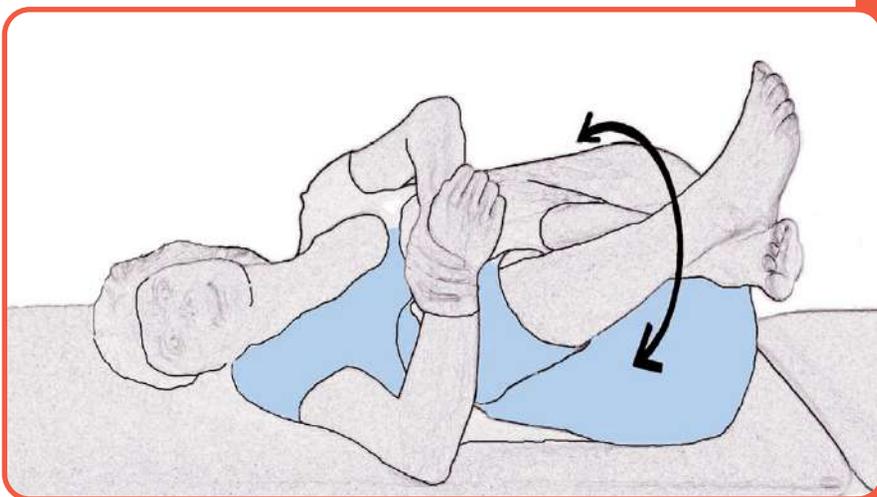


Avant de commencer, savoir :

- Descendre au sol (ou le faire au lit).
- Fléchir un peu les hanches.

Couché

Allongé sur le dos, vous montez les genoux vers la poitrine et attrapez-les avec vos mains. Roulez d'un côté ou de l'autre, en boule, puis revenir. Répétez l'exercice par séries de 10.



Intérêts : Faciliter les transferts
Mise en charge - Renforcement musculaire - Endurance



Notes : _____



Abdominaux

exercice Couché



Sécurité

- Ne faites pas cet exercice si vous avez des fuites urinaires ou de selles.
- Ne bloquez pas votre respiration pendant l'exercice.
- Arrêtez si votre nuque vous fait mal pendant l'exercice.

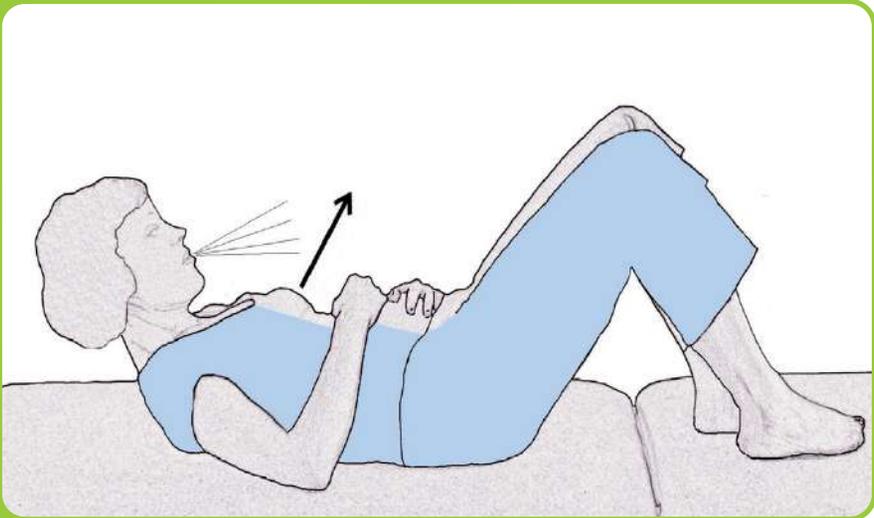


Avant de commencer, savoir :

- Pliez les jambes.

Couché

Allongé sur le dos, vous posez les pieds au sol (ou sur le lit) et soulevez les épaules. Maintenez la position quelques secondes puis reposez vos épaules au sol. Répétez l'exercice par série de 10. Si l'exercice est facile pour vous, décollez en même temps les pieds du sol.



Intérêts : Renforcement musculaire

Notes :

Retournements latéraux

exercice Couché



Sécurité

- Prévoir assez de place pour vous retourner si vous êtes dans votre lit.
- Arrêter l'exercice si des douleurs apparaissent à l'épaule ou au bras.



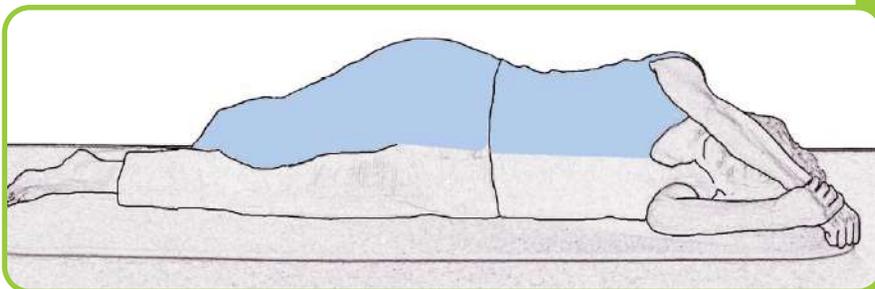
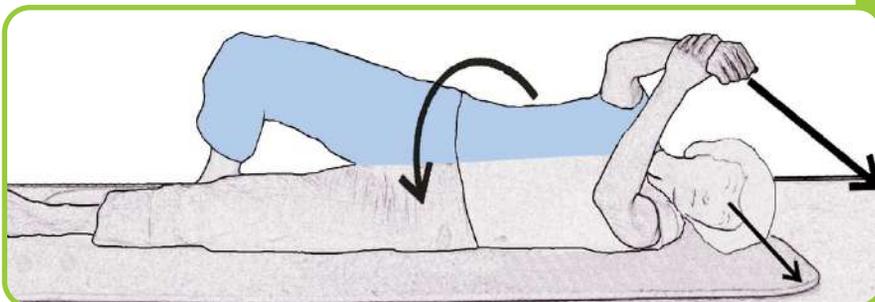
Avant de commencer, savoir :

- Réaliser « Automobilisation des membres supérieurs ».
- S'étirer la main hémiplegique.

Couché

Allongé sur le dos, vous roulez sur le côté hémiplegique en tenant votre main ou votre poignet avec l'autre main, sans tirer sur votre bras !

Le pied côté hémiplegique est posé à plat et pousse pour vous aider à passer sur le côté. Travaillez cet exercice, par séries, de chaque côté.



Intérêts : Faciliter les transferts – Mise en charge - Endurance



Notes : _____

Pont fessier

exercice Couché



Sécurité

- Arrêter l'exercice si des douleurs apparaissent.
- Faites-le sur votre lit si vous ne pouvez pas vous mettre au sol.
- Avoir un espace dégagé autour de soi
- Prévoir un appui pour se relever.
- Se mettre sur un tapis antidérapant ou sur de la moquette.



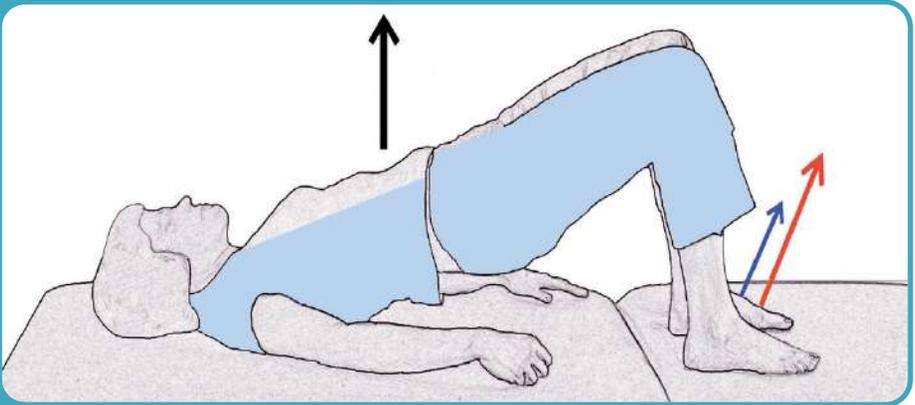
Avant de commencer, savoir :

- Plier les 2 jambes en tenant les genoux.

Couché



Installez-vous couché sur le dos, jambes repliées, pieds à plat au sol. Soulevez les fesses et le tronc (flèche noire) en soufflant, le bassin bien équilibré : attention que la fesse côté hémiplégique ne reste pas plus basse. En progression vous soulevez le pied sain du sol en gardant le bassin équilibré. **Plus vous le soulevez haut plus l'exercice sera intense : flèche bleue puis rouge.**



Intérêts : Renforcement – Mise en charge - Equilibre

Notes : _____

Vers la position de la « petite sirène »

exercice Couché



Sécurité

- Prévoir une chaise pour s'appuyer et se relever en fin d'exercice.
- Se mettre sur un tapis antidérapant ou de la moquette.
- Arrêter l'exercice si des douleurs apparaissent à l'épaule ou au bras.



Avant de commencer, savoir :

- Réaliser « Retournements latéraux ».
- Réaliser « Automobilisation des membres supérieurs ».
- S'étirer la main hémiplégique.
- Se mettre au sol.

Couché

Allongé au sol sur le dos, vous roulez sur le côté hémiplégique.
Les genoux sont fléchis vers la poitrine.



Poussez sur votre main non hémiplégique (posée au sol) de manière à aider votre côté hémiplégique qui lui pousse sur le coude, permettant de vous asseoir sur le côté.

Placez votre main hémiplégique sous la main en appui au sol et poussez pour tendre votre coude.

Redressez-vous en regardant vers le haut.
Vous êtes arrivé en position « petite sirène ».

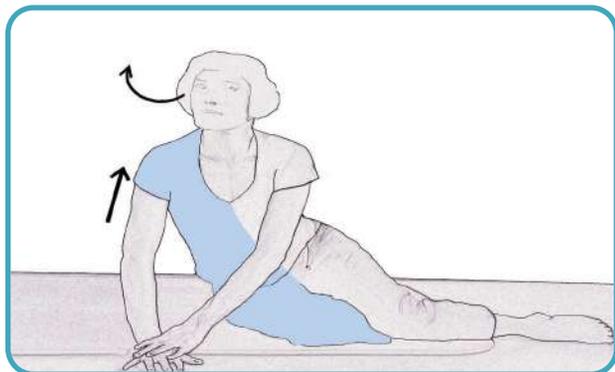
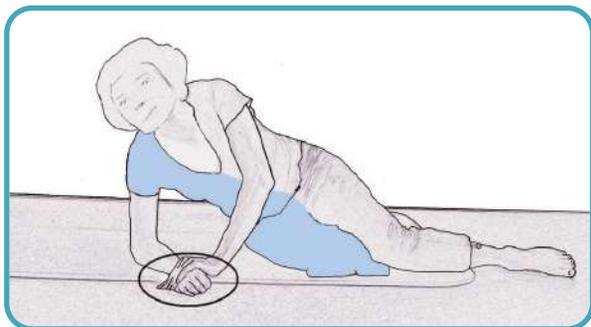
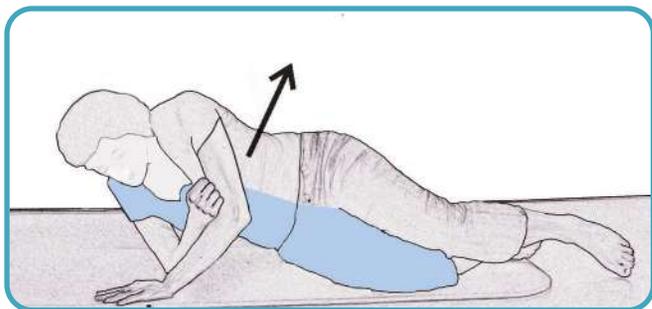
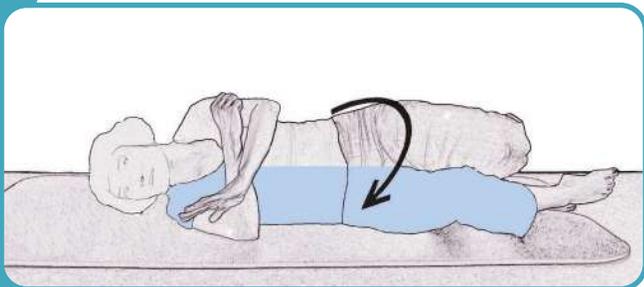
Répétez l'exercice plusieurs fois, par série.

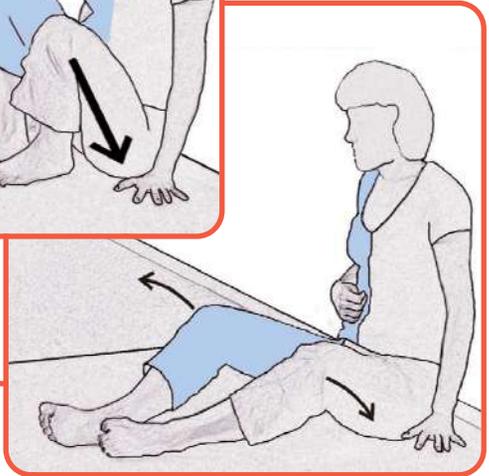
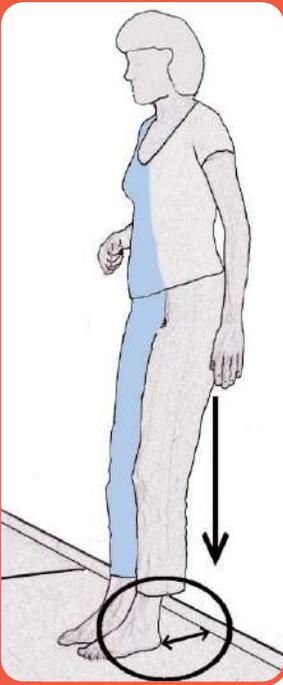
Intérêts : Faciliter les transferts – Mise en charge
Renforcement musculaire – Endurance



Notes : _____







Se pencher de gauche à droite

exercice Assis



Sécurité

- S'adosser à un mur.



Avant de commencer, savoir :

- Réaliser « S'asseoir en tailleur ».

Assis en tailleur,



1^{er} partie : Tenez cette position qui permet un étirement de vos adducteurs de hanche. Restez deux ou trois minutes dans la position en vous grandissant et en répartissant bien l'appui sur vos deux fesses.

2^{ème} partie : Inclinez lentement votre tronc d'un côté, redressez-vous, inclinez vous lentement de l'autre côté, redressez-vous.

Essayez progressivement de vous incliner de plus en plus, sans perdre l'équilibre.



Intérêts : 1^{er} partie : assouplissement – équilibre – détente
2^{ème} partie : équilibre – mise en charge – renforcement musculaire



Notes : _____



Assis par terre jambes tendues

exercice Assis



Sécurité

- Avoir un mur solide dans le dos pour se relever.
- Prévoir une chaise pour se relever.



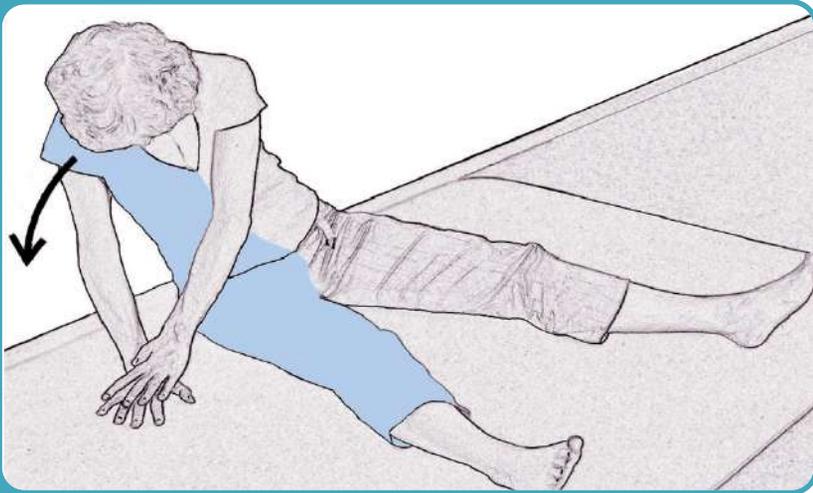
Avant de commencer, savoir :

- Réaliser « Assis vers debout ».
- Tenir assis seul sans dossier ni accoudoirs.
- Réaliser « S'asseoir en tailleur ».



Assis au sol, dos au mur, comme dans l'exercice « s'asseoir en tailleur » vous gardez les jambes tendues avec les genoux bien collés au sol. Vous pouvez venir vous pencher du côté hémiplégié, en posant la main bien à plat au sol.

Puis, si possible, penchez-vous en avant et ramenez les pointes de pieds vers vous.



Intérêts : Mise en charge – assouplissement – équilibre



Notes : _____

Califourchon

exercice Assis



Sécurité

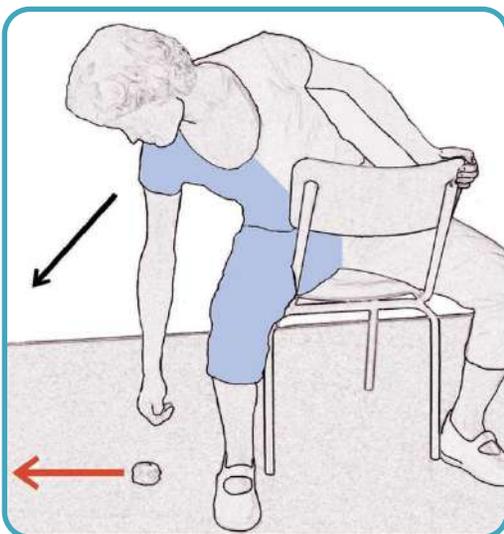
- Prendre une chaise stable (pas pliante).



Avant de commencer, savoir :

- Tenir en équilibre sur 1 pied avec une main en appui sur le dossier d'une chaise (« Unipodal »).
- Réaliser « Assis vers debout ».
- Tenir assis seul sans dossier ni accoudoir.
- Écarter les jambes librement.

Assis à califourchon en se tenant au bord de la chaise, penchez-vous vers le sol et sur le côté en gardant l'équilibre.



Allez toucher un objet au sol et si possible le ramasser.

Revenez en position assise. Redescendez pour déposer l'objet cette fois-ci le plus loin possible sur le côté.

Recommencez.

L'exercice sera plus difficile si l'objet à ramasser est plus loin sur le côté.

Intérêts : Mise en charge - Assouplissement - Equilibre



Notes : _____



Croiser les jambes

exercice Assis



Sécurité

- Caler la chaise contre un mur .
- Mettre une chaise ou une table à côté pour se rattraper en cas de perte d'équilibre.



Avant de commencer, savoir :

- Tenir assis seul sans dossier ni accoudoir.

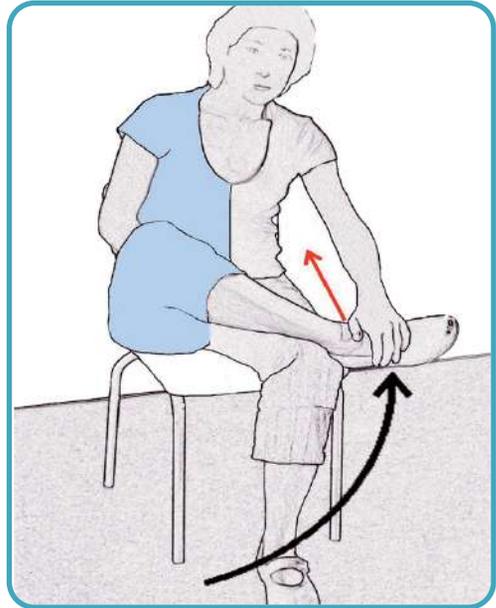


Assis sur une chaise, vous croisez la jambe hémiplegique sur l'autre jambe. Pour intensifier l'exercice, amenez le pied le plus près possible de vous (flèche rouge).

Reposez le pied au sol.

Recommencez l'exercice autant de fois que vous le souhaitez !

Pour se mettre en charge sur le côté hémiplegique effectuer l'exercice de l'autre côté.



Assis



Intérêts : Assouplissement - Equilibre - Mise en charge de l'autre côté

Notes : _____

Changement de chaise

exercice Assis



Sécurité

- Caler les chaises (contre un mur par exemple).



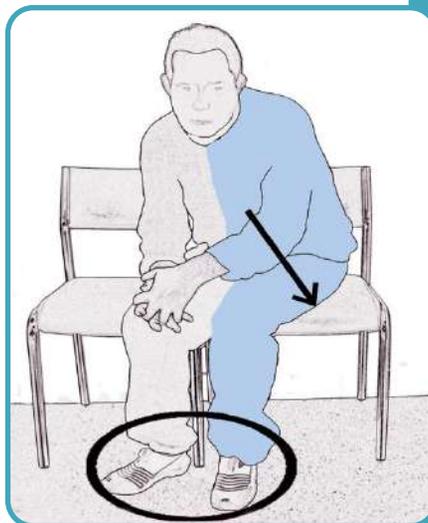
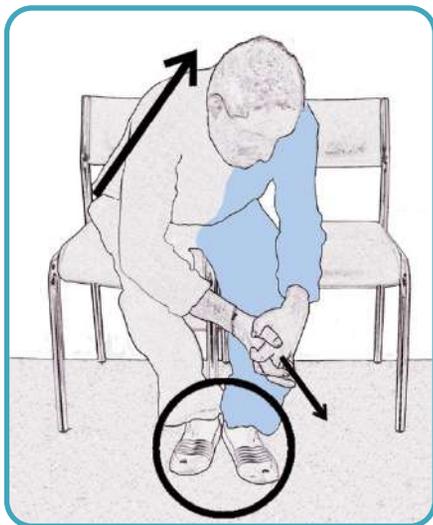
Avant de commencer, savoir :

- Réaliser « Automobilisation des membres supérieurs ».
- Réaliser « Assis vers debout ».
- Tenir assis seul sans dossier ni accoudoir.

Assis au bord de la première chaise, les pieds décalés vers la deuxième chaise (talons collés aux pieds de chaise), penchez-vous en avant (mains allant vers le sol et vers l'avant) en décollant les fesses. Asseyez-vous immédiatement sans bouger les pieds sur la seconde chaise. Recommencez l'exercice en revenant sur la première chaise.



Reprenre l'exercice par séries de 10.



Intérêts : Faciliter les transferts – Mise en charge
Renforcement musculaire – Endurance



Notes : _____



Assis vers debout

exercice Assis



Sécurité

- Se mettre devant une table ou un meuble pour pouvoir se rattraper.
- Si votre équilibre est précaire, faire l'exercice sous la surveillance d'un aidant.



Avant de commencer, savoir :

- Réaliser « Automobilisation des membres supérieurs ».
- Tenir assis seul sans dossier ni accouder.



Assis sur le bord d'une chaise, mains jointes, pied hémiplegique en avant de l'autre pied (placé presque sous la chaise), penchez-vous en avant et levez-vous.

Si possible, recommencez en reculant le pied hémiplegique et en mettant plus de poids dessus.

Renouvelez l'exercice par séries de 10.



Assis



Intérêts : Faciliter les transferts – Mise en charge
Renforcement – Endurance

Notes : _____

Transfert d'appui

exercice Debout



Sécurité

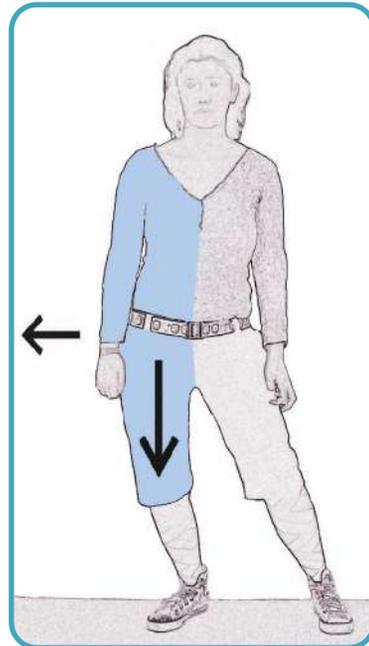
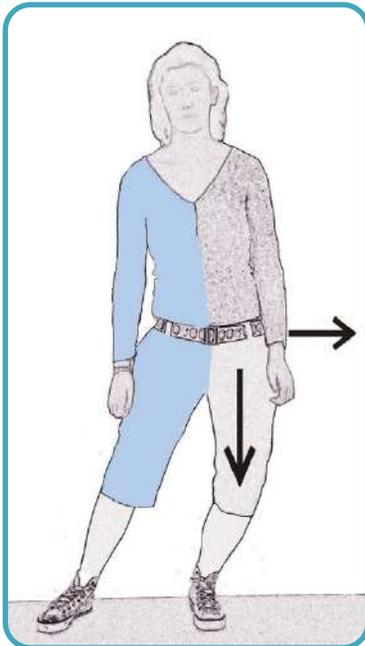
- Se mettre devant une table ou un meuble pour pouvoir se rattraper.



Avant de commencer, savoir :

- Tenir assis seul sans dossier ni accoudoir.
- Tenir debout sans appui.

Debout, les pieds écartés de la largeur des épaules, vous passez le poids du corps d'une jambe sur l'autre.



Intérêts : Mise en charge - Faciliter les transferts - Equilibre



Notes : _____



Fentes avant

exercice Debout



Sécurité

- Se mettre devant une table ou un meuble pour pouvoir se rattraper.



Avant de commencer, savoir :

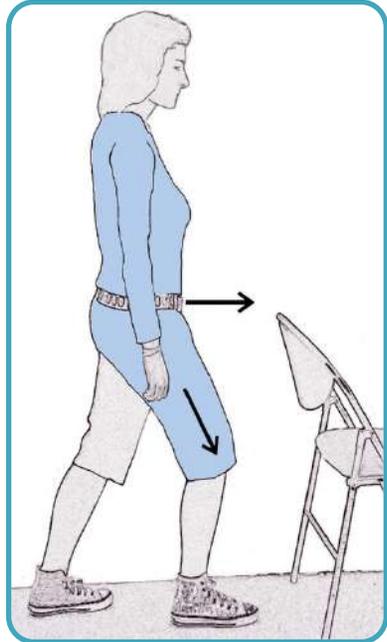
- Tenir debout sans appui.
- Réaliser « Transfert d'appui ».



Vous avancez le pied hémiplégique, fléchissez le genou et mettez du poids sur la jambe avant en laissant la jambe arrière tendue.

Comptez jusqu'à 10 et revenez à la position de départ.

En progressant, avancez de plus en plus le pied hémiplégique.



Debout



Intérêts : Faciliter les transferts – Mise en charge – Renforcement - Equilibre

Notes : _____

Pointer du doigt une cible

exercice Debout



Sécurité

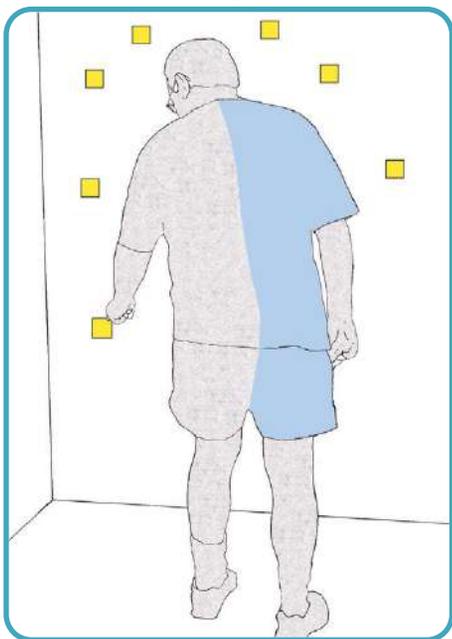
- Faire cet exercice dans le coin d'une pièce pour avoir un repère de la verticale, et une sécurité en cas d'instabilité.



Avant de commencer, savoir :

- Tenir debout sans appui.

Debout, allez pointez de votre bras sain, des cibles sur un mur. **Au fur et à mesure de vos progrès, écartez les cibles.** (pour les cibles vous pouvez utiliser des « Post-it »).



Debout

Intérêts : Equilibre - Transferts d'appui



Note : _____



Lancer une balle sur une cible

exercice Debout



Sécurité

- Garder une chaise derrière vous en cas d'instabilité.



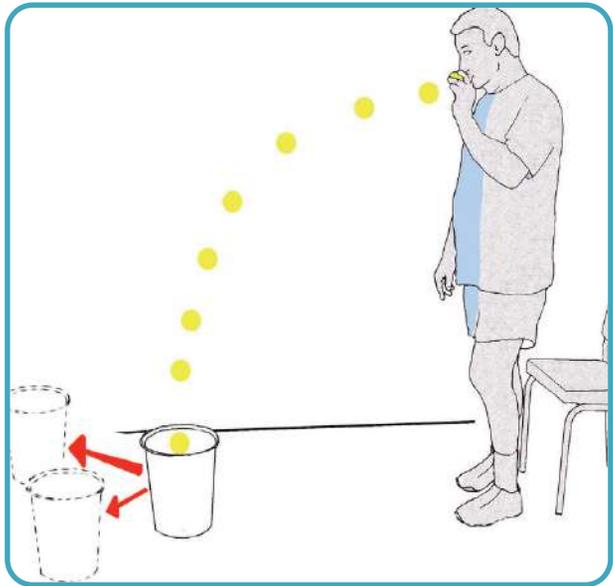
Avant de commencer, savoir :

- Tenir debout sans appui.



Debout selon vos capacités, vous lancez une balle (en prévoir plusieurs pour faire l'exercice en séries) dans un récipient ou vers une cible, avec votre bras sain. Positionnez cette cible dans un premier temps dans une zone qu'il vous est relativement facile d'atteindre puis variez les positionnements (éloignement, direction).

Au fur et à mesure de vos progrès, éloignez la cible.



Debout



Intérêts : Equilibre - Mise en charge

Note : _____

Étirement du mollet

exercice Debout



Avant de commencer, savoir :

- Réaliser « Transfert d'appui ».
- Réaliser « Assis vers debout ».
- Tenir debout seul et sans appui.

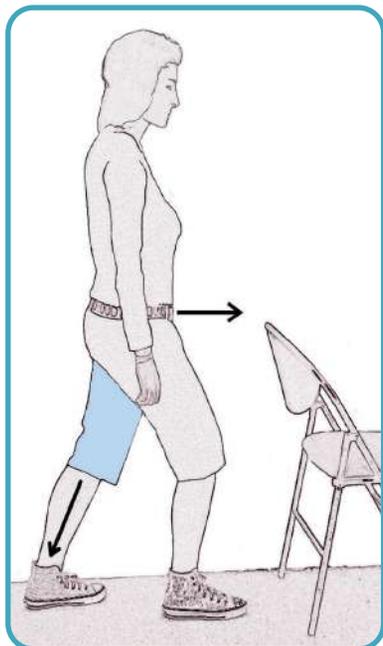
Debout face à une chaise (ou une table), les mains posées dessus, reculer le pied hémiplégique (le talon reste au sol), avancez le bassin et penchez-vous en avant.

Le dos reste droit et dans le prolongement de la jambe arrière.

Comptez jusqu'à 20 lentement puis ramenez votre pied au même niveau que l'autre.

Répétez l'exercice en essayant à chaque fois de placer le pied un peu plus en arrière.

Vous pouvez vous tenir à la chaise si cela est plus facile pour l'équilibre.



Intérêts : Assouplissement - Mise en charge

Notes : _____



Sécurité

- Se mettre à côté d'une table ou d'un meuble stable pour pouvoir se rattraper.



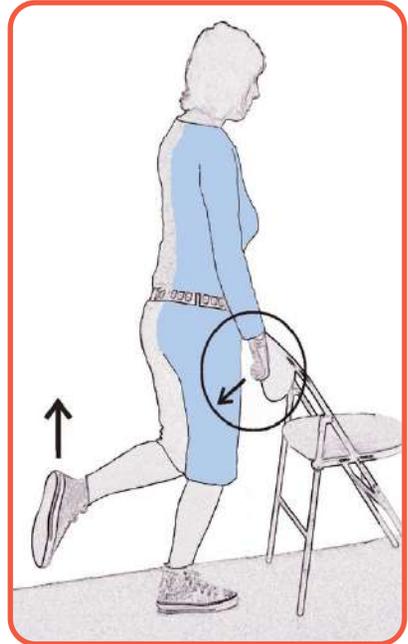
Avant de commencer, savoir :

- Tenir assis seul sans dossier ni accoudoir.
- Tenir debout sans appui.
- Réaliser « Transfert d'appui ».



Debout, mettez-vous sur le pied hémiplégique et tenez l'équilibre une dizaine de secondes sans vous tenir avec vos mains.

Vous pouvez aussi le faire avec l'autre pied.



Debout



Intérêts : Equilibre – Mise en charge

Notes : _____



Sécurité

- Se mettre à côté d'une table ou d'un meuble pour pouvoir se rattraper.



Avant de commencer, savoir :

- Tenir assis seul sans dossier ni accoudoir.
- Tenir debout sans appui.
- Réaliser « Transfert d'appui ».

Debout, devant une marche, vous y posez le pied hémiplégique et appuyez dessus jusqu'à pouvoir soulever le pied arrière.



Redescendez le pied et faites la même chose sur le côté hémiplégique.

Plus la marche est haute, plus l'exercice est difficile.

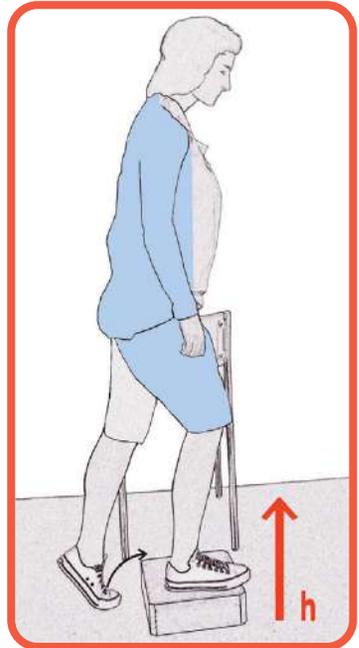
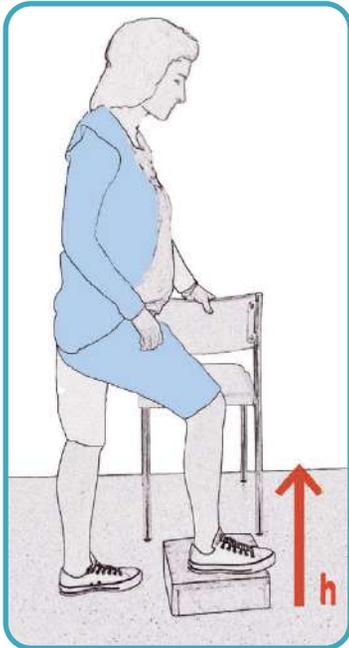
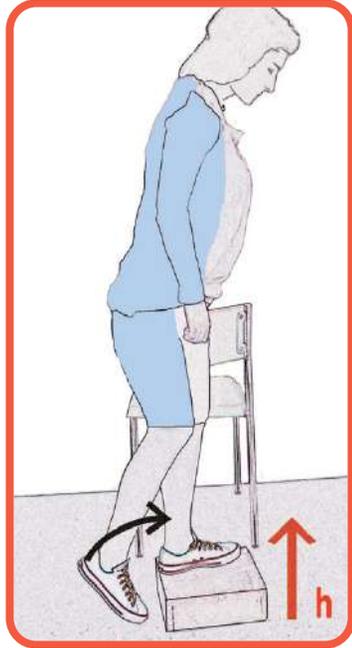
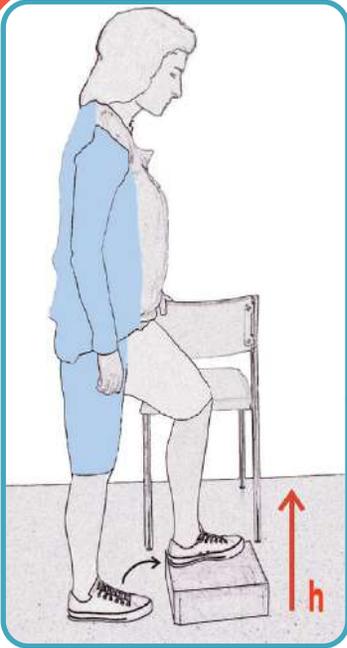
Répétez les exercices par série de 10.

Intérêts : Transferts – Mise en charge – Renforcement – Endurance



Notes : _____







Lined area for taking notes, consisting of horizontal lines on a white background.

Automobilisation du membre supérieur

exercice Membre supérieur



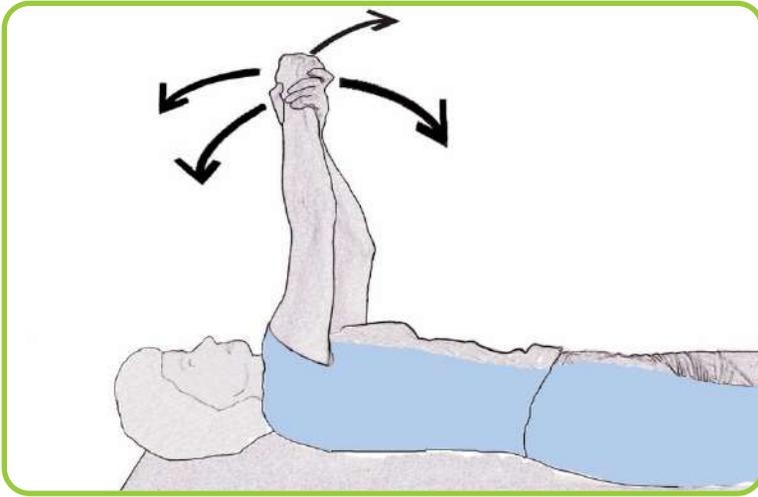
Sécurité

- Arrêter l'exercice si des douleurs apparaissent.
- Faites-le sur votre lit si vous ne pouvez pas vous mettre au sol.

Allongé sur le dos, vous saisissez votre poignet hémiparalysé avec l'autre main. Emmenez ensuite vos mains vers le haut, les côtés et partout où vous en avez envie ! Il faut bouger !



Attention de ne pas tirer sur votre épaule ; faites les mouvements doucement et maintenez quelques secondes en l'air en fin d'exercice.



Intérêts : Assouplissement de l'épaule et du coude



Notes : _____



Automobilisation de la main

exercice Membre supérieur



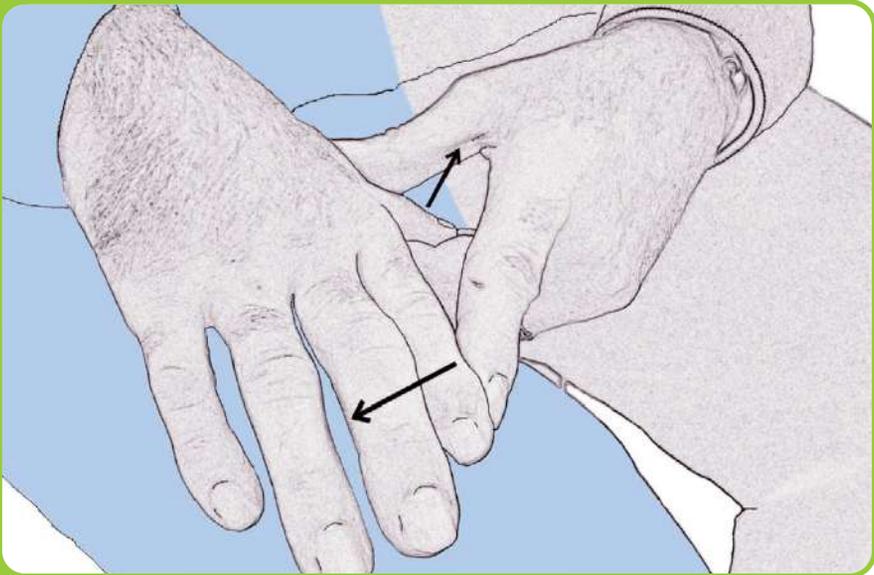
Avant de commencer :

- Penser uniquement à réaliser l'exercice plusieurs fois par jour.



Plusieurs fois par jour, pensez à ouvrir votre main afin d'éviter les raideurs, la fermeture de la main, les macérations et inconforts.

Posez votre main à plat sur votre cuisse ; tendez et écartez doucement vos doigts. Maintenez la position quelques secondes jusqu'à sentir les résistances diminuer.



Intérêts : Assouplissement

Notes :

Faire glisser un objet à 2 mains

exercice Membre supérieur



Avant de commencer, savoir :

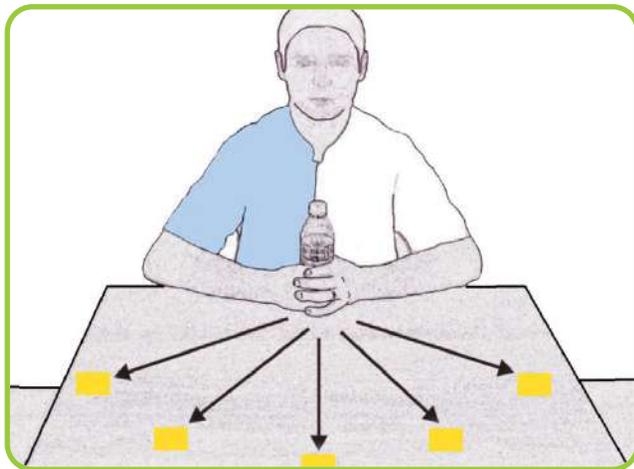
- Réaliser « Automobilisation des membres supérieurs ».

Confortablement assis sur une chaise face à une table, saisissez des deux mains un objet (type petite bouteille d'eau), main hémiplegique recouverte par la deuxième main afin de mieux assurer la prise.

Faites glisser l'objet sur la table et emmenez-le le plus loin de vous.

Revenez en position de départ, l'objet au plus proche de vous puis recommencez dans une autre direction.

Au fur et à mesure de vos progrès, éloignez les cibles.



Intérêts : Assouplissement

Notes : _____

Faire glisser un objet d'une main

exercice Membre supérieur

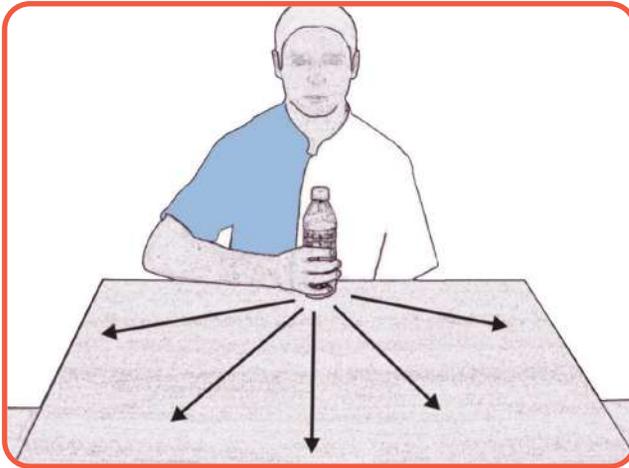


Avant de commencer, savoir :

- Réaliser « Automobilisation des membres supérieurs ».



Confortablement assis sur une chaise face à une table, saisissez de la main hémiplegique un objet (type petite bouteille d'eau). Faites glisser l'objet sur la table et emmenez-le le plus loin de vous. Revenez en position de départ, l'objet au plus proche de vous puis recommencez dans une autre direction.



Intérêts : Assouplissement - Dextérité

Notes : _____

Prendre, déplacer et reposer un objet sur une table à 2 mains

exercice Membre supérieur



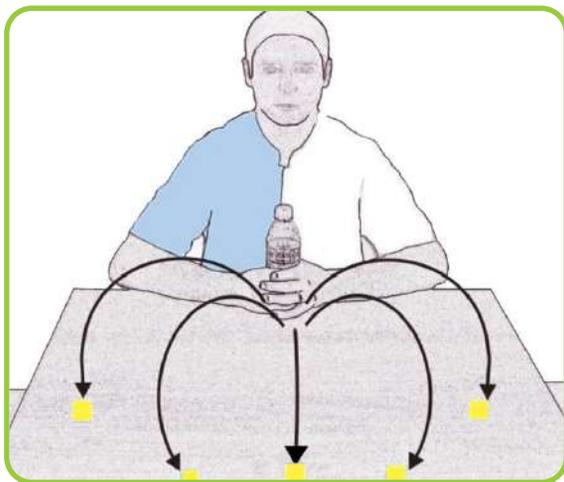
Avant de commencer, savoir :

- Réaliser « Automobilisation des membres supérieurs ».
- Réaliser « Prendre et faire glisser un objet à 2 mains ».

Confortablement assis sur une chaise face à une table, saisissez des deux mains un objet (type petite bouteille d'eau), main hémiplegique recouverte par la deuxième main afin de mieux assurer la prise.

Soulevez l'objet, déplacez-le et reposez-le sur une cible. Reprenez-le, soulevez-le et reposez-le à sa position de départ. Recommencez dans une autre direction.

Au fur et à mesure de vos progrès, éloignez les cibles.



Intérêts : Assouplissement – Renforcement - Dextérité

Notes : _____

Prendre, déplacer et reposer un objet sur une table d'une main

exercice Membre supérieur



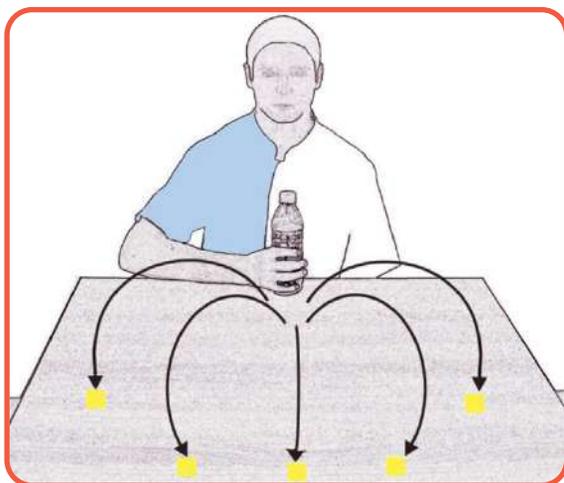
Avant de commencer, savoir :

- Réaliser « Automobilisation des membres supérieurs ».
- Réaliser « Prendre et faire glisser un objet à 1 main ».



Confortablement assis sur une chaise face à une table, saisissez de votre main hémiplegique un objet (type petite bouteille d'eau). Soulevez l'objet, déplacez-le et posez-le aussi loin de vous que possible. Reprenez-le, soulevez-le et revenez en position de départ. Recommencez dans une autre direction.

Au fur et à mesure de vos progrès, éloignez les cibles.



Intérêts : Assouplissement – Renforcement – Dextérité

Notes : _____

Pointer du doigt une cible

exercice Membre supérieur



Sécurité

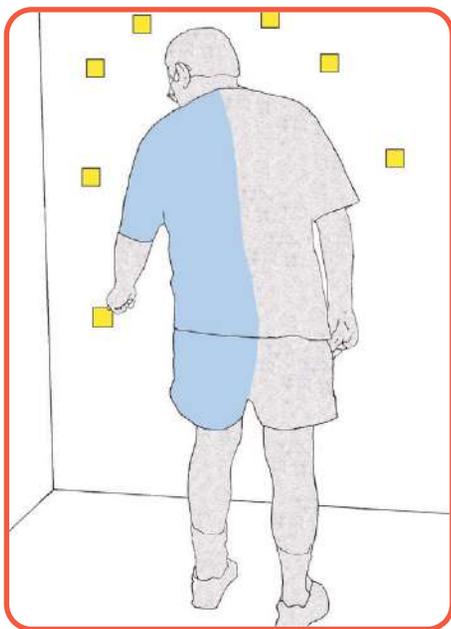
- Faire cet exercice dans le coin d'une pièce pour avoir un repère de la verticale, et une sécurité en cas d'instabilité.



Avant de commencer, savoir :

- Réaliser « Automobilisation des membres supérieurs ».
 - Réaliser « Prendre et faire glisser un objet à 1 main ».
- Si l'exercice est réalisé debout :**
- Tenir debout sans appui.
 - Réaliser « Transfert d'appui ».

Assis ou debout selon vos capacités, allez pointer, avec votre bras hémiplégique, des cibles sur un mur. **Au fur et à mesure de vos progrès, écartez les cibles** (pour les cibles vous pouvez utiliser des « Post-it »).



Intérêts : Equilibre - Transferts d'appui - Renforcement - Dextérité



Notes : _____



Lancer une balle sur une cible

exercice Membre supérieur



Sécurité

- Garder une chaise derrière vous en cas d'instabilité.



Avant de commencer, savoir :

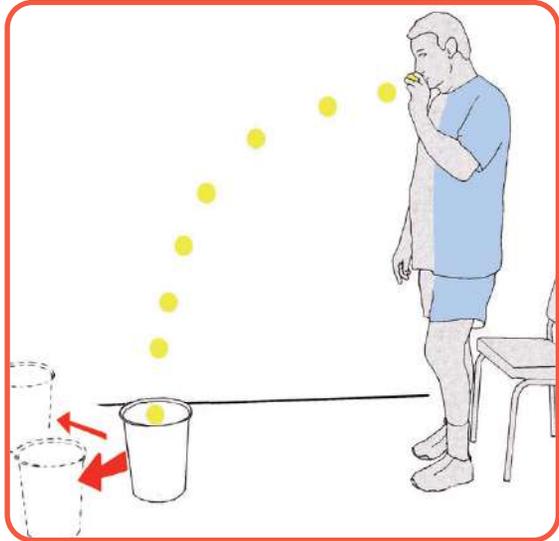
- Réaliser « Prendre et faire glisser un objet à 1 main ».
 - Réaliser « Prendre un objet dans une boîte et le déposer dans une autre ».
- Si l'exercice est réalisé debout :**
- Tenir debout sans appui.
 - Réaliser « Transfert d'appui ».



Assis ou debout selon vos capacités, vous lancez une balle (en prévoyez plusieurs pour faire l'exercice en séries) dans un récipient ou vers une cible, avec votre bras hémiplégique. **Travaillez la précision de votre lancer en diminuant la taille de votre cible.**

Positionnez cette cible dans un premier temps dans une zone qu'il vous est relativement facile d'atteindre puis variez les positionnements (éloignement, direction).

Au fur et à mesure de vos progrès, éloignez la cible.



Intérêts : Equilibre - Mise en charge - Dextérité

Notes : _____

Prendre un objet dans une boîte et le déposer dans une autre

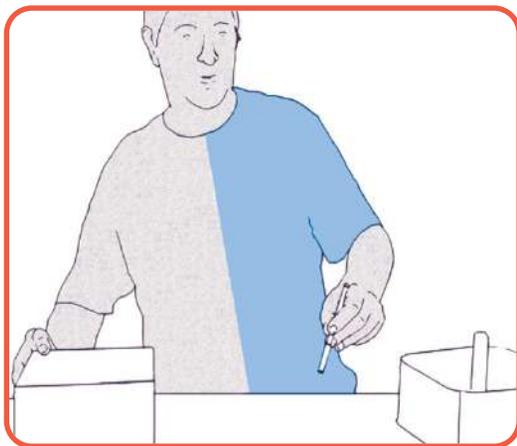
exercice Membre supérieur



Avant de commencer, savoir :

- Réaliser « Automobilisation des membres supérieurs ».
- Réaliser « Prendre, déplacer et reposer un objet sur une table à 1 main ».

Confortablement assis sur une chaise face à une table, vous prenez un objet dans une boîte contenant des objets de formes et de tailles variées : déplacez-le vers une autre boîte. Répétez cette manœuvre objet par objet. Lorsque la première boîte est vide, reprenez un à un les objets de la deuxième boîte et reposez-les dans la première.



Choisissez une vingtaine d'objets que vous êtes capable d'attraper, de forme et de poids divers : stylos, pinces à linge, billes, pièces de monnaie, fourchettes ou couverts, tournevis, marteaux...

Chronométrez-vous.

Intérêts : Dextérité



Notes : _____





Les quelques pages suivantes vous permettent, avec votre kinésithérapeute, d'adapter des exercices ou d'en créer de nouveau...

Type d'exercice :



Sécurité



Avant de commencer, savoir :



Notes : _____

Type d'exercice : _____



Sécurité



Avant de commencer, savoir :



Notes : _____

Type d'exercice :



Sécurité



Avant de commencer, savoir :



Notes : _____

Type d'exercice : _____



Sécurité



Avant de commencer, savoir :



Notes : _____

Type d'exercice :



Sécurité



Avant de commencer, savoir :



Notes : _____

Notes



A large white rectangular area with rounded corners, containing numerous horizontal lines for writing notes.

Évaluer vos possibilités

Évaluer ma spasticité	95
Évaluer l'utilisation de mon bras	98
Où en êtes-vous avec la peur de la chute ?	100
Évaluer mon équilibre	102
Évaluer ma vitesse de marche	104
Évaluer mon périmètre de marche	104
Step test	105
Évaluer mon adaptation à l'effort	106
Évaluer mon indépendance	108
Comment percevez-vous votre état de santé ?	110

Conseils : Remplissez les tests au crayon.
Notez la date.
Vous pouvez aussi photocopier les tests vierges
avant de les remplir.

Evaluer ma spasticité

Mieux comprendre comment le médecin et le kinésithérapeute évaluent la spasticité de vos muscles.

Le thérapeute réalise une mobilisation passive, c'est-à-dire qu'il mobilise votre membre sans votre participation : il vous demande de vous relâcher, de ne rien faire. Par cette mobilisation, il étire, il cherche à allonger le muscle spastique et il note de 0 à 4 la résistance qu'offre le muscle à cet étirement* :

- 0** pas d'augmentation du tonus musculaire
- 1** une augmentation discrète du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'un relâchement ou par une résistance minimale à la fin de la mobilisation
- 1+** une augmentation discrète du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'une résistance minimale perçue sur moins de la moitié de l'amplitude articulaire
- 2** une augmentation plus marquée du tonus musculaire ressentie sur la majeure partie de l'amplitude articulaire, l'articulation pouvant être mobilisée facilement
- 3** une augmentation importante du tonus musculaire rendant la mobilisation passive difficile
- 4** l'articulation concernée est fixée en flexion ou en extension (abduction ou adduction)

Cette mobilisation permet de suivre l'évolution de la spasticité de vos muscles dans le temps et en fonction des traitements proposés (toxine par exemple).

Votre ressenti

La spasticité vous gêne-t-elle ? Est-elle douloureuse ? Le traitement l'améliore-t-elle ?

Pour vous aider à mieux communiquer avec l'équipe médicale et paramédicale, vous pouvez utiliser les outils suivants, et préparer votre consultation médicale avec votre kinésithérapeute.

*Échelle d' « Ashworth modifiée ».

La gêne occasionnée

- Dans quelles activités la spasticité vous gêne-t-elle ?

- Quelle est l'intensité de cette gêne ?

Faites un trait sur la règlette en fonction de la gêne ressentie.



Extrêmement gênante



Pas gênante du tout

- La spasticité est-elle parfois perçue comme une aide ?

Dans quelles activités (de la vie quotidienne ou dans la réalisation de vos exercices de rééducation) avez-vous l'impression qu'elle vous aide ?

- Pouvez-vous quantifier cette aide ?

Faites un trait sur la règlette en fonction de l'aide ressentie.



Pas aidante du tout



Extrêmement aidante

• Est-elle douloureuse ?

Faites un trait sur la réglette en fonction de la douleur ressentie.



Extrêmement douloureuse



Aucune douleur

En cas de Nouveau traitement

Le traitement diminue-t-il la spasticité ? Améliore-t-il ma mobilité ? Modifie-t-il la réalisation de mes activités quotidiennes ? Suis-je satisfait de ce nouveau traitement ? Vous pouvez reprendre les items proposés ci-dessus pour faire le point.

Peut-être avez-vous sur votre spasticité des remarques à formuler (qui ne sont pas envisagées dans cette fiche) ?

Pour compléter ce « bilan », votre kinésithérapeute peut vous filmer dans des activités de marche ou d'utilisation de votre bras par exemple avant et après l'introduction d'un nouveau traitement, ou de façon systématique tous les X mois.

Ces films sont souvent d'une aide précieuse pour le médecin qui vous prescrit des traitements anti spastiques.

Évaluer l'utilisation de mon bras

Il existe un décalage entre la façon dont le bras bouge et son utilisation au quotidien.

Pour évaluer l'utilisation que vous faites de votre bras hémiplegique dans chacune des activités ci-dessous, vous pouvez coter de + à 5 la façon dont vous l'utilisez* :

- + Je fais faire cette activité par quelqu'un d'autre
- 0 Je n'utilise jamais le bras atteint
- 1 J'essaie occasionnellement d'utiliser mon bras atteint (très rarement)
- 2 Parfois j'utilise mon bras atteint (rarement), mais je réalise la plus grande partie de l'activité avec mon bras le plus fort
- 3 J'utilise mon bras atteint, moitié moins qu'avant l'AVC (1 fois sur 2 en moyenne)
- 4 J'utilise mon bras atteint presque autant qu'avant l'AVC (3 fois sur 4 en moyenne)
- 5 J'utilise mon bras atteint autant qu'avant l'AVC

Date du test :/...../.....

Pour cette activité, j'utilise le bras atteint pour :

- Allumer une lumière avec un interrupteur
- Ouvrir un tiroir
- Enlever un vêtement du tiroir
- décrocher le téléphone
- Essuyer un plan de travail dans la cuisine (ou une autre surface)
- Entrer ou sortir d'une voiture
- Utiliser une télécommande
- Ouvrir une porte en utilisant la poignée

	+	0	1	2	3	4	5

* Échelle de cotation MAL : « Motor Activity Log »
Reflète l'utilisation quotidienne du bras hémiplegique

	+	0	1	2	3	4	5
• Ouvrir un réfrigérateur							
• Me laver les mains							
• M'essuyer les mains							
• Mettre mes chaussettes							
• Enlever mes chaussettes							
• Mettre mes chaussures							
• Enlever mes chaussures							
• Me lever d'une chaise avec les accoudoirs							
• Écarter une chaise de la table avant de m'y asseoir							
• Tirer une chaise vers la table après m'y être assis							
• Ramasser un verre							
• Me brosser les dents							
• Me maquiller / Me raser							
• Utiliser une clé pour ouvrir une porte							
• Écrire sur un papier (Si le bras dominant est atteint, l'utilisez-vous pour écrire ? Si le bras non dominant est affecté, l'utilisez-vous pour stabiliser le papier)							
• Rattraper mon équilibre quand je suis debout							
• Porter un objet d'un endroit à un autre							
• Utiliser une fourchette ou une cuillère pour manger							
• Me coiffer							
• Prendre une tasse par l'anse							
• Boutonner une chemise							
• Manger un sandwich ou autre chose qui se mange avec les doigts							

Où en êtes-vous avec la peur de la chute ?

La peur de chuter peut avoir une incidence sur vos activités quotidiennes, votre indépendance par rapport à vos proches, voire favoriser ce risque.

Les questions suivantes vous permettent de savoir si vous ressentez de l'inquiétude face à une chute éventuelle.

Répondez en pensant à la manière dont vous effectuez ces activités.

Si actuellement vous ne faites pas cette activité (par exemple, quelqu'un fait les courses à votre place), répondez à la question en imaginant votre degré d'inquiétude si vous deviez la réaliser vous-même.

Pour chacune des activités suivantes, mettez une croix dans la case qui correspond le plus à votre opinion et qui montre le degré d'inquiétude que vous ressentez face au risque de chute..

- 1 Pas du tout inquiet
- 2 Un peu inquiet
- 3 Assez inquiet
- 4 Très inquiet

Faire le point peut vous permettre de prendre conscience de certaines situations à risque, d'affiner votre programme de rééducation avec votre kinésithérapeute, de prendre des décisions d'utilisation d'une aide technique pour certaines activités, et bien sûr de visualiser vos progrès.

Date du test : / /

	1	2	3	4
• Faire le ménage (par ex. : balayer, passer l'aspirateur...)				
• Vous habiller et vous déshabiller				
• Préparer des repas simples				
• Prendre une douche ou un bain				
• Aller faire des courses				
• Vous lever d'une chaise ou vous asseoir				
• Monter ou descendre les escaliers				
• Vous promener dehors dans le quartier				
• Atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ou par terre				
• Aller répondre au téléphone avant qu'il ne s'arrête de sonner				
• Marcher sur une surface glissante (par ex. : mouillée ou verglacée)				
• Rendre visite à un ami ou à une connaissance				
• Déambuler dans un endroit où il y a beaucoup de monde				
• Marcher sur un sol inégal (route caillouteuse, un trottoir non entretenu)				
• Descendre ou monter une pente				
• Sortir (par ex : réunion de famille, rencontre d'une association, cérémonie...)				

Évaluer mon équilibre

Vous pouvez évaluer votre équilibre de deux façons : par des tests statiques ou par des tests dynamiques.

Pour effectuer ces tests, un aidant est nécessaire :

- pour assurer votre sécurité,
- pour vous chronométrer.

Tests statiques

Il s'agit de maintenir une position, de plus en plus « délicate », sans bouger, et de chronométrer le temps de maintien possible. Les temps indiqués entre parenthèses constituent l'objectif à atteindre (moyenne honorable d'une personne en forme) :

- Assis sans dossier (1 mn)
- Debout sans appui (1 mn)
- Debout les yeux fermés (10 sec)
- Debout, dire NON avec la tête (5 sec)
- Debout en se tenant sur le pied le plus fort (10 sec)
- Debout en se tenant sur le pied le plus faible (10 sec)

Tests dynamiques

Il s'agit d'effectuer un mouvement dans une certaine position ou de changer de position.

- Assis ou debout, tourner la tête à droite et à gauche, ou de haut en bas
- Assis ou debout, bouger les bras comme pour attraper un objet :
 - loin devant vous
 - accroché au plafond
 - à côté de vous, à droite et à gauche
 - posé au sol à vos pieds
- Assis ou debout, soulever une jambe
- Se lever et s'asseoir sur une chaise

Ces 2 tests peuvent être repris à type d'entraînement.

Comment mesurer votre équilibre

La cotation est effectuée sur une échelle de 0 à 4, qui tient compte de votre capacité à effectuer la tâche et du temps mis pour la réaliser*.

- 0** Incapable de réaliser
- 1** Capable de réaliser avec une aide
- 2** Capable de réaliser après plusieurs essais
- 3** Capable de réaliser avec une supervision
- 4** Capable de réaliser seul

Date du test : / /

	0	1	2	3	4
Se tenir assis sans soutien dorsal ni accoudoir					
Passer de assis à debout					
Passer de debout à assis					
Se transférer d'un siège à un autre					
Se tenir debout sans soutien					
Se tenir debout les yeux fermés					
Se tenir debout les pieds joints					
Se tenir debout un pied devant l'autre sur une même ligne					
Se tenir debout sur 1 pied					
Rotation du tronc à gauche et à droite sans bouger le bassin					
Ramasser un objet au sol (à vos pieds)					
Rotation complète sur soi-même (360°)					
Monter sur un tabouret					
Se pencher en avant					

Pour s'évaluer, voir les tests disponibles sur www.has-sante.fr
« Évaluation fonctionnelle de l'AVC » - Janvier 2006

*Echelle de Berg [1989]

Évaluer ma vitesse de marche

Le test de 10 m

Il s'agit de chronométrer le temps mis pour parcourir 10 mètres à l'allure habituelle (dite de confort) ou rapide.

Matériel :

- Choisir un lieu au sol plat (couloir, allée couverte) et assez long : 18 m est un minimum car il faut prévoir 4 m avant et 4 m après.
- Une ficelle de 10 mètres de long et de quoi faire des repères (au sol, par exemple avec un adhésif de couleur) au début et à la fin des 10 mètres.
- Un chronomètre.

• Il est nécessaire de se faire aider pour le chronométrage.

Réalisation : 2 possibilités

Lorsque la personne qui va chronométrer et vous-même êtes prêts : démarrez à votre rythme habituel (marche de confort) ou le plus vite possible (marche rapide). Le chronométreur déclenche le chronomètre lorsqu'un pied passe la 1^{ère} ligne et l'arrête au franchissement de la deuxième.

Refaire le même parcours, à la même heure dans les mêmes conditions après entraînement pour évaluer ses progrès.

- 10 mètres en 10 s correspond à une vitesse de 3,6 km/h
- 10 mètres en 15 s correspond à une vitesse de 2,4 km/h

Temps : 10 mètres en

Date du test :/...../.....

Évaluer mon périmètre de marche

Matériel : Achat d'un podomètre (10 à 40 euros). Il sert à mesurer la distance parcouru à pied. Les plus simples comptent les pas d'un piéton, pour estimer la distance parcourue. Les plus sophistiqués indiquent en plus le nombre de calories brûlées.

Réalisation : Marchez le plus longtemps possible ; notez la distance parcourue et le nombre d'arrêts effectués pendant cette marche.

Distance parcourue

Nombres d'arrêts

Date du test :/...../.....

Step test

Le « step test » peut permettre d'évaluer les progrès dans 2 activités :

- La vitesse à laquelle on peut produire des mouvements avec le membre inférieur hémiparalysé.
- L'adaptation du membre inférieur hémiparalysé aux mouvements du membre inférieur sain.

Se placer face à une marche d'environ 7,5 cm de hauteur (marche ordinaire). Le départ s'effectue pieds parallèles et à 5 cm du bord de la marche. Il s'agit de poser votre pied atteint sur la marche et de revenir de manière répétée aussi vite que possible pendant 15 secondes. Si cela est possible, ne vous tenez pas, sinon, notez-le.

La personne qui vous observe compte le nombre de fois où vous avez effectué le mouvement en 15 secondes. Ce chiffre est le reflet de la vitesse à laquelle vous produisez des pas avec le membre inférieur hémiparalysé.

Vous pouvez réaliser le même test en effectuant les mouvements avec le pied sain, dans les mêmes conditions. L'amélioration de cette vitesse indique votre confiance à prendre appui sur votre jambe hémiparalysée. Lors de ce test vous pourrez aussi observer votre capacité à maintenir votre genou hémiparalysé en « bonne » position (il ne faut pas qu'il « parte en arrière » : recurvatum).

L'évaluation de votre équilibre pourra se poursuivre par des tests plus « globaux » qui sont souvent utilisés par votre médecin ou votre kinésithérapeute.

En faisant l'exercice « Step » dans un esprit d'endurance (maximum de marche, le plus longtemps possible sans vous arrêter) ou dans un esprit de vitesse (le plus possible en 15 secondes), vous pouvez améliorer vos performances.

Date du test :/...../.....

Nombre de mouvements en 15 secondes (pied hémiparalysé) :

Nombre de mouvements en 15 secondes (pied sain) :

Évaluer mon adaptation à l'effort

Adaptation cardio-respiratoire : l'essoufflement.

Après un effort (entraînement à la marche, séance d'exercice...) vous pouvez évaluer votre essoufflement, reflet de l'adaptation de votre système cardio-vasculaire à l'effort.

Sur la ligne ci-dessous marquer un trait en fonction de votre essoufflement

Date :/...../.....



Excessivement essoufflé

Essoufflé



Pas essoufflé du tout

Au fil des séances d'entraînement, vous pouvez ainsi visualiser l'évolution de votre adaptation à l'effort. Vous pouvez également donner une note de 0 à 10 à cet essoufflement (0 pas essoufflé/ 10 excessivement).

Ce score s'améliore très vite dès les premières séances d'exercices, de marche ou d'activités physiques en aérobie, en trouvant ce qu'on appelle communément le « second souffle ».

Adaptation cardiaque

Des appareils « cardio fréquencemètre » peuvent être utilisés pour évaluer plus précisément votre adaptation à l'effort, disponibles dans les magasins de sport.

Ils mesurent le nombre de battements cardiaques. Il est possible de déterminer pour chacun la fréquence cardiaque optimale lors d'une activité physique. Utilisé lors des séances d'activités physiques d'endurance (marche, vélo d'appartement), le cardio fréquencemètre permet de vous orienter pour augmenter ou réduire l'intensité de votre effort.

Il est plus difficile (mais tout aussi efficace) de prendre son pouls au bord du poignet du côté du pouce, ou dans le cou, et de compter le nombre de battements sur une minute.

Votre médecin ou votre kinésithérapeute peuvent vous donner des recommandations de fréquence à atteindre, de fréquence à ne pas dépasser en fonction de votre fragilité cardiaque.

La fréquence habituelle maximale pour un sujet sain est de $220 - \text{l'âge}$ (à moduler selon vos problèmes de santé).

Ex : vous avez 70 ans votre fréquence maximale est de $(220 - 70) = 150$

L'avis de votre médecin est nécessaire avant un réentraînement sur tapis roulant, cycloergomètre, ou bicyclette ergométrique au cabinet de votre kinésithérapeute.

Évaluer mon indépendance

Faire le point sur les aides qui doivent m'être apportées au quotidien

Ce test* vous permet de faire le point avec votre kinésithérapeute sur votre besoin d'aide technique (matériel adapté) ou sur votre besoin d'aide humaine.

Remplissez-le seul et précisément puis étudiez les résultats avec votre kinésithérapeute pour trouver les solutions convenables.

Date du test :/...../.....

Les soins personnels

Pour chacune des activités suivantes, pouvez-vous dire si vous la réalisez OUI ou NON, et avec ou sans aide technique.

	Oui	Avec aide technique	Non
Boire seul			
Manger seul			
S'habiller seul (haut du corps)			
S'habiller seul (bas du corps)			
Mettre vous-même votre appareil de marche			
Vous coiffer, vous brosser les dents			
Prendre seul une douche/un bain			
Aller seul aux WC et assurer sa propreté			
Fuites urinaires			
Incidents avec les selles			

*Auto-test de Barthel

Mobilité

Pour chacune des activités suivantes pouvez-vous dire si vous la réalisez OUI ou NON et avec ou sans aide humaine.

	Oui	Avec aide humaine	Non
Manœuvrer votre fauteuil roulant			
Marcher plus de 50 mètres			
Monter les escaliers			
Se transférer sur une chaise, un fauteuil			
Monter et descendre en voiture			
Entrer et sortir de la baignoire			
Utiliser les WC			

Comment percevez-vous votre état de santé ?

La perception que vous avez de votre propre état de santé peut influencer votre façon de vivre avec votre hémiplegie et fournir des renseignements précieux à l'équipe soignante pour vous accompagner.

Ce test* se propose de vous aider à faire le point sur la façon dont vous percevez votre situation avec une hémiplegie.

Date du test : / /

1. En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente Très bonne Bonne Satisfaisante Mauvaise

2. Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an

Un peu meilleure qu'il y a un an

A peu près comme il y a un an

Un peu moins bonne qu'il y a un an

Pire qu'il y a un an

3. Vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a - Activités intenses (courir, soulever des objets lourds, faire du sport...)



*Test SF36

b - Activités modérées (déplacer une table, passer l'aspirateur...)



c - Soulever et transporter les achats d'alimentation



d - Monter plusieurs étages à la suite



e - Monter un seul étage



f - Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas



g - Marcher plus d'un kilomètre et demi



h - Marcher plus de 500 mètres



i - Marcher seulement 100 mètres



j - Prendre un bain, une douche ou vous habiller



4. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes du fait de votre santé ?

Limiter le temps passé au travail,
ou à d'autres activités ? oui non

Faire moins de choses que vous ne l'espérez ? oui non

Trouver des limites au type de travail
ou d'activités possibles ? oui non

Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort ? oui non

5. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ?

Limiter le temps passé au travail,
ou à d'autres activités ? oui non

Faire moins de choses que vous n'espérez ? oui non

Ces activités n'ont pas été accomplies
aussi soigneusement que d'habitude ? oui non

6. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental a perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?



7. Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?



8. Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?



9. Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti.

Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :

a - Vous sentiez-vous très enthousiaste ?

▼	▼	▼	▼	▼
Jamais	Peu souvent	Parfois	Très souvent	Tout le temps

b - Étiez-vous très nerveux ?

▼	▼	▼	▼	▼
Jamais	Peu souvent	Parfois	Très souvent	Tout le temps

c - Étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

▼	▼	▼	▼	▼
Jamais	Peu souvent	Parfois	Très souvent	Tout le temps

d - Vous sentiez-vous au calme, en paix ?

▼	▼	▼	▼	▼
Jamais	Peu souvent	Parfois	Très souvent	Tout le temps

e - Aviez-vous beaucoup d'énergie ?

▼	▼	▼	▼	▼
Jamais	Peu souvent	Parfois	Très souvent	Tout le temps

f - Étiez-vous triste et maussade

▼	▼	▼	▼	▼
Jamais	Peu souvent	Parfois	Très souvent	Tout le temps

g - Aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

▼	▼	▼	▼	▼
Jamais	Peu souvent	Parfois	Très souvent	Tout le temps

h - Étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

▼	▼	▼	▼	▼
Jamais	Peu souvent	Parfois	Très souvent	Tout le temps

i - Vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

▼	▼	▼	▼	▼
Jamais	Peu souvent	Parfois	Très souvent	Tout le temps

10. Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?

▼	▼	▼	▼	▼
Tout le temps	Très souvent	Parfois	Peu souvent	Jamais

11. Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a - Il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

▼	▼	▼	▼	▼
Tout à fait vrai	Assez vrai	Ne sais pas	Plutôt faux	Faux

b - Ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

▼	▼	▼	▼	▼
Tout à fait vrai	Assez vrai	Ne sais pas	Plutôt faux	Faux

c - Je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

▼	▼	▼	▼	▼
Tout à fait vrai	Assez vrai	Ne sais pas	Plutôt faux	Faux

d - Mon état de santé est excellent.

▼	▼	▼	▼	▼
Tout à fait vrai	Assez vrai	Ne sais pas	Plutôt faux	Faux

Hôpital : _____

Service : _____

Tél. : _____ Fax : _____

e-mail : _____

Kinésithérapeute : _____

• • •

Centre de rééducation : _____

Service : _____

Tél. : _____ Fax : _____

e-mail : _____

Kinésithérapeute : _____

• • •

Ville : _____

Médecin Traitant : _____

Tél. : _____ Fax : _____

e-mail : _____

Kinésithérapeute : _____

Tél. : _____ Fax : _____

e-mail : _____

Les Auteurs Concepteurs de cet ouvrage :

Anne-Laure Bourgeais

Valérie Guay

Fabrice Laroudie

Claire Marsal

Edouard Thevenin-Lemoine

Remerciements :

France Woimant

Neurologue
Hôpital Lariboisière

Nicole Seve-Ferrieu

Ergothérapeute
ADERE

Eric Delezie

Conseil de l'Ordre des
Masseurs Kinésithérapeutes

**Claude Delamare
François Anelli**

Gestion CEERRF

L'équipe du service de
neurologie
Hôpital de Pontoise

J.P. Bleton

Kinésithérapeute
Hôpital Sainte-Anne

N° ISBN : 978-2-7466-2220-3

Création graphique et réalisation : www.nordesign.fr - 03 22 60 20 30

Illustration couverture et pages intérieures : Charlotte Tommy-Martin

Schémas des exercices : Fabrice Laroudie

Imprimé sur un papier 100 % recyclé avec des encres végétales selon le procédé CTP

Imprimerie Carré à Fressenneville - adhérent





Une version téléchargeable
est disponible sur :

www.ceerrf.fr
www.franceavc.com
www.ordremk.fr

Pour plus d'informations,
n'hésitez pas à prendre contact
avec l'un des organismes ci-dessus.



9 782746 622203