

## Evaluation du kinésithérapeute en vue d'une pratique de l'exercice physique adapté

Cette étape est essentielle afin de mesurer les caractéristiques biométriques et les capacités fonctionnelles de manière standardisée et reproductible.

Cette évaluation, prescrit par le médecin, est un outil permettant la planification de la prise en charge et le contrôle de qualité aussi bien pour les kinésithérapeutes que pour le médecin traitant et les autres intervenants. Elles doivent donc être accessible et comprise par les autres prestataires et par le médecin traitant afin que ceux-ci puissent disposer de ces éléments pour leur prise en charge. Le but de ce bilan est d'évaluer le risque à la pratique physique, d'orienter le patient vers le type d'activité physique adéquat, de conseiller et de former des groupes homogènes dans les pratique de groupe.

Les résultats de ce bilan sont communiqués au médecin traitant de manière sécurisée.

**ATTENTION** : Les tests ci-dessous ne doivent pas être TOUS réalisés. Les tests les plus appropriés à la situation fonctionnelle et clinique du patient seront effectués en priorité.

**Médecin traitant:**

**Date de prescription de l'évaluation:**

NOM du kinésithérapeute:	
--------------------------	--

Données administratives du patient	NOM, Prénom :  Adresse :  Numéro National :  Téléphone, Gsm :
------------------------------------	---

Antécédents médicaux :	
------------------------	--

--

Affection(s) Chronique(s) :

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

Médication actuelle :

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

Types d'activités exercés  
(profession, sports, hobby, ...)

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

Types d'activités physiques souhaités :

- 
- 
- 
- 
- 
-

Questionnaire sur l'Aptitude à l'Activité Physique (Q-AAP)

OUI NON

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un problème cardiaque et que vous ne deviez participer qu'aux activités physiques prescrites et approuvées par un médecin ?                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique ?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine lors de périodes autres que celles où vous participez à une activité physique ?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Eprenez-vous des problèmes d'équilibre reliés à un étourdissement ou vous arrive-t-il de perdre connaissance ?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires (par exemple, au dos, au genou ou à la hanche) qui pourraient s'aggraver par une modification de votre niveau de participation à une activité physique ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits pour contrôler votre tension artérielle ou un problème cardiaque (par exemple, des diurétiques) ?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Connaissez-vous une raison pour laquelle vous ne devriez pas faire de l'activité physique ?   |

- Si OUI à une ou plusieurs questions :

L'activité physique sera encadrée de manière plus importante par le médecin traitant. Celui-ci indiquera les paramètres à surveiller. L'activité physique sera très progressive et sous contrôle médical.

- Si NON à toutes les questions :

L'activité peut être entreprise mais de façon progressive. L'intensité, le type et la fréquence seront déterminés par l'évaluation finale.

**Précautions importantes**

Patients BPCO, la saturation en O<sub>2</sub> est prise avant et après l'effort.

Patients diabétiques la glycémie est prise avant et après l'effort.

Patients avec troubles de la tension, celle-ci est prise avant et après l'effort.

La vigilance reste de mise pendant toute la durée de l'effort !

**A. Evaluation du risque de chute****1. Test de Tinetti - Annexe 1 à compléter**

Score :

- Score inférieur à 26 : il y a un problème d'équilibre ;
- Score inférieur à 19 , le risque de chute est multiplié par 5 ;

**Plus le score est bas, plus le problème est important**

**2. Le Timed up and Go Test - Annexe 2 (partie 1)**

Score  /4 Temps nécessaire :  Sec.

**Risque de chute si score < ou = à 1 et temps réalisé > 20 sec.**

**3. Le Test Unipodal - Annexe 2 (partie 2)**

	OUI	NON	Non réalisable
Pied droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pied gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## B. Evaluation de la capacité d'adaptation à l'effort

### 1. Test de Ruffier Dickson (Annexe 3)

FC 0 = ..... FC 1 = ..... FC 2 = .....

Indice de Ruffier (FC 0 + FC 1 + FC 3) - 200 / 10 =

Si < 0 : très bonne adaptation à l'effort

Si entre 0 et 5 : bonne adaptation à l'effort

Si entre 5 et 10 : adaptation moyenne à l'effort

Si entre 10 et 15 : adaptation à l'effort insuffisant

Si > 15 mauvaise adaptation à l'effort

### 2. Step test de 3 minutes (Annexe 4)

FC obtenu sur une minute après l'effort :

Indication de l'adaptation à l'effort suivant tableau :

### 3. Test de marche de 6 minutes (6 MWT) (Annexe 5 et 5 bis)

Attention : en fonction de la situation, relever la tension artérielle, la FC, la saturation en O<sub>2</sub> et la glycémie. Surveiller le comportement du patient pendant le test et arrêter le test si nécessaire.

Valeurs attendues en fonction de la taille, de l'âge, du poids et du sexe :

$218 + (5,14 \times \text{Taille en cm}) - (5,32 \times \text{Age}) - (1,8 \times \text{poids en kg}) + (51,31 \times \text{Sexe})$   
0 pour la femme et 1 pour l'homme

Distance obtenue :  ... mètres

## C. Evaluation de la force musculaire

### 1. Testing musculaire (Annexe 6)

Fonctions évaluées et cotation correspondante :


### 2. Test de force de préhension avec dynamomètre (Annexe 7)

But : mesurer la force maximale d'agrippement.

• Matériel : un dynamomètre, une chaise

• Consignes : le sujet est assis sur une chaise, l'avant-bras du côté testé reposant sur la cuisse, paume de la main orientée vers le haut, le bras et le coude, en contact avec le corps. Au signal de l'évaluateur, le sujet doit serrer le dynamomètre le plus fort possible.

• Mesures : le sujet devra exécuter alternativement deux essais sur chaque main ; enregistrer le meilleur des deux essais de chaque main puis les additionner et faire la moyenne. (Résultats à 0,5 kilos près).

	Droite	Gauche
Essai 1	<input type="text" value="kg"/>	<input type="text" value="kg"/>
Essai 2	<input type="text" value="kg"/>	<input type="text" value="kg"/>
<b>Moyenne</b>	<input type="text" value="kg"/>	<input type="text" value="kg"/>

### **3. Test du levé de chaise = Timed Chair-Stand test Annexe 8**

Temps obtenu :

## **D. Evaluation de la souplesse**

### **1. Test de Schober (Annexe 9)**

Différence observée après flexion du tronc :

### **2. Test de souplesse de l'épaule (Annexe 10)**

Score obtenu :

**RAPPORT D'ÉVALUATION – CONSEILS ET ORIENTATIONS A LA PRATIQUE DE L'EXERCICE PHYSIQUE ADAPTE.**

**RAPPORT D'ÉVALUATION (SUITE)**

# Annexe 1

NOM :

Date :

Évaluation de l'équilibre et de la marche selon TINETTI

Score total : ... /28

ÉQUILIBRE			MARCHE		
Score : ... /16			Score : ... /12		
Instructions			Instructions		
	Assise sur une chaise dure, sans accoudoirs donc, la personne testée effectue les manœuvres suivantes.			Debout avec l'examineur dans un couloir ou une chambre, la personne marche d'abord à un rythme ordinaire, puis revient d'un pas plus rapide mais sûr (en utilisant ses propres aides : par ex. canne ou cadre de marche).	
1. équilibre en position assise	- penche ou s'affale	0	10. se mettre en marche au premier signal	- hésitation ou diverses tentatives - sans hésitation	0 1
	- position assise stable et sûre	1	11. longueur et hauteur du pas - pied D en mouvement	- ne dépasse pas le pied G au repos - dépasse le pied G au repos	0 1
2. se mettre debout	- impossible sans aide	0	- pied G en mouvement	- ne se détache pas du sol - se détache du sol	0 1
	- possible à l'aide d'un appui des bras	1		- ne dépasse pas le pied D au repos - dépasse le pied D au repos	0 1
	- possible sans l'aide d'un appui des bras	2		- ne se détache pas du sol - se détache du sol	0 1
3. tentatives pour se mettre debout	- impossible sans aide - possible > 1 tentative - possible après 1 tentative	0 1 2	12. symétrie du pas	- inégalité des pas G et D - égalité des pas G et D	0 1
4. équilibre debout (5 premières sec.)	- instable (vacille, bouge les pieds et le tronc)	0	13. continuité du pas	- arrêts ou discontinuité des pas - les pas semblent continus	0 1
	- stable avec appui (déambulateur, canne ou autre)	1			
	- stable sans le moindre appui	2			
5. équilibre debout	- instable	0	14. marche déviante	- nette déviance - déviance moyenne ou utilisation d'une aide à la marche - marche droite sans aide	0 1 2
	- stable, écart entre les pieds > 10 cm ou appui des bras	1			
	- pieds joints, sans appui des bras	2			
6. poussée sur le sternum (3x) (pieds joints)	- commence à vaciller	0	15. tronc	- mouvement prononcé du tronc ou utilisation d'une aide à la marche - pas de mouvement du tronc mais flexion des genoux, du dos ou écartement des bras - droit sans aide à la marche	0 1 2
	- vacille mais se redresse	1			
	- stable	2			
7. yeux fermés (pieds joints)	- instable	0	16. écartement des pieds	- talons séparés - talons se touchant presque lors de la marche	0 1
	- stable	1			
8. rotation de 360°	- petits pas irréguliers	0			
	- petits pas réguliers	1			
	- instable (vacille) - stable	0 1			
9. s'asseoir	- peu sûr (tombe, calcule mal la distance)	0			
	- utilise les bras	1			
	- mouvements sûrs et aisés	2			

Un score inférieur à 26 signifie généralement qu'il y a un problème ; plus le score est bas, plus le problème est important. Un score inférieur à 19 signifie que le risque de chute est multiplié par cinq.

Échelle adaptée d'après Tinetti M. : « Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients ». *Journal of the American Geriatric Society*, 34 : 119 – 126, 1986.

## Partie 1

## Timed Up &amp; Go test / Test Unipodal

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Evalueur : \_\_\_\_\_

## Up &amp; Go test

Inviter la personne à :

- Se lever d'un fauteuil avec accoudoirs :
- Traverser la pièce - distance de 3 mètres :
- Faire demi-tour :
- Revenir s'asseoir :

	Fait : 1	Ne fait pas : 0	Non réalisable
	↓	↓	↓
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Temps nécessaire : \_\_\_\_\_ secondes.

• Score : \_\_\_\_\_ / 4

*Interprétation : risque de chute si score  $\leq 1$  et temps de réalisation  $> 20$  secondes.*

*On note également les lenteurs d'exécution, les hésitations, une marche trébuchante.*

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Partie 2

## Test Unipodal

*Demander à la personne de rester en appui sur 1 pied sans aide pendant au moins 5 secondes.*

	Oui	Non	Non réalisable
• Pied droit :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pied gauche :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Test de Ruffier-Dickson

Ce test permet d'évaluer une aptitude globale à l'effort. Il doit être réalisé avec une méthodologie rigoureuse. Le sujet doit porter une tenue qui permette de réaliser des flexions de façon correcte

Il s'agit de mesurer la fréquence cardiaque à trois moments importants de l'adaptation du cœur : au repos avant effort, immédiatement après l'exercice et après une minute de repos.

### 1. Mesures

---

#### a. Détermination de la fréquence cardiaque de repos : $FC_0$

Le sujet est au repos, allongé.

Mesurer :

- la fréquence cardiaque  $FC_0$  ;
- la tension artérielle  $TA_0$ .

Noter les résultats.

#### b. Détermination de la fréquence cardiaque à l'effort : $FC_1$

Le sujet doit effectuer exactement et régulièrement 30 flexions des jambes en 45 secondes.

- Les pieds doivent être écartés l'un de l'autre d'environ 20 centimètres. En fin de flexion les fesses doivent toucher les talons. Le buste doit rester droit et la remontée doit finir les jambes tendues. La position des bras est indifférente.
- Attention : une fréquence trop rapide ou trop lente modifiera la valeur du test.

Immédiatement après la série des 30 flexions, mesurer :

- la fréquence cardiaque  $FC_1$  ;
- la tension artérielle  $TA_1$ .

Noter les résultats.

#### c. Détermination de la fréquence cardiaque de repos après effort $FC_2$

Une minute **exactement** après la fin de l'exercice, le sujet étant assis, voire allongé, mesurer :

- la fréquence cardiaque  $FC_2$  ;
- la tension artérielle  $TA_2$ .

Noter les résultats.

---

### 2. Calculs et interprétation

---

$$\text{indice Ruffier} = (FC_0 + FC_1 + FC_2 - 200) / 10$$

Chez un sportif entraîné et en forme, le total de 3 pouls est proche de 200. On divise par 10 pour obtenir un indice petit et facile à retenir.

**Indice < 0** : très bonne adaptation à l'effort

**0 < indice < 5** : bonne adaptation à l'effort

**5 < indice < 10** : adaptation à l'effort moyenne

**10 < indice < 15** : adaptation à l'effort insuffisante

**indice > 15** : mauvaise adaptation à l'effort

N.B. Avec les mêmes mesures on peut aussi calculer l'indice Ruffier-Dickson qui est équivalent mais dont la formule et l'interprétation sont légèrement différentes.

## YMCA 3-min Step Test:

### Equipment:

- 12 inch (30.5cm) step
- Stopwatch
- Metronome-set at 96 clicks per minute

### Procedure:

- Cue the client to begin the stepping motion (up, up, down, down)
- Let them know the remaining time periodically throughout the test
- Once the 3 minutes is up immediately sit down
- Count their heart rate for one complete minute

3 Minute Step Test Post Heart Rate (bpm)-Females							
		Age					
Rating	Percentile	18-25	26-36	36-45	46-55	56-65	65+
Excellent	90-100	52-81	58-80	51-84	63-91	60-92	70-92
Good	75-85	85-93	85-92	89-96	95-101	97-103	96-101
Above Average	60-70	96-102	95-101	100-104	104-110	106-111	104-111
Average	45-55	104-110	104-110	107-112	113-118	113-118	116-121
Below Average	30-40	113-120	113-119	115-120	120-124	119-127	123-126
Poor	15-25	122-131	122-129	124-132	126-132	129-135	128-133
Very Poor	0-10	135-169	134-171	137-169	137-171	141-174	135-155

3 Minute Step Test Post Heart Rate (bpm)-Males							
		Age					
Rating	Percentile	18-25	26-36	36-45	46-55	56-65	65+
Excellent	90-100	50-76	51-76	49-76	56-82	60-77	59-81
Good	75-85	79-84	79-85	80-88	87-93	86-94	97-92
Above Average	60-70	88-93	88-94	92-98	95-101	97-100	94-102
Average	45-55	95-100	96-102	100-105	103-111	103-109	104-110
Below Average	30-40	102-107	104-110	108-113	113-119	111-117	114-118
Poor	15-25	111-119	114-121	116-124	121-126	119-128	121-126
Very Poor	0-10	124-157	126-161	130-163	131-159	131-154	130-151

# Test de Marche de 6 Minutes

## Pour aller plus loin...

Le TM6 est un outil fortement utilisé dans le suivi de la réhabilitation physique. En effet une amélioration des résultats à ce test est un **indicateur important de l'amélioration de la condition physique** des pratiquants. Chez un sujet sain on peut déterminer une distance de parcours théorique. De plus, les recherches scientifiques nous donnent des indicateurs qui permettent d'évaluer la mobilité des sujets.

### Calcul de la distance théorique pour un sujet sain

#### Distance théorique TM6 =

$$218 + (5,14 \times \text{TAILLE en cm}) - (5,32 \times \text{AGE}) - (1,8 \times \text{POIDS en kg}) + (51,31 \times \text{SEXE} / 0 \text{ pour la femme et } 1 \text{ pour l'homme})$$

#### Valeurs comparatives

	Peu de mobilité	Encourageant	Bonne progression	Le but est proche	Bonne mobilité
Femmes (50-59 ans)	464	498	533	568	603
Femmes (+ de 60 ans)	407	441	476	511	546
Hommes (50-59 ans)	535	575	613	651	689
Hommes (+ de 60 ans)	485	524	562	562	600

**NB :** valeurs en mètre définies pour une femme de 170 cm et 58 kg et pour un homme de 180 cm et 65 kg.

### Bibliographie

- Guyatt, G. H., M. J. Sullivan, P. J. Thompson, E. L. Fallen, S. O. Pugsley, D. W. Taylor, and L. B. Berman. *The six-minute walk: a new measure of exercise capacity in patients with chronic heart failure*. Can. Med. Assoc. J. 132 :919-923.
- Enright PL, Sherril DL : *Reference equations for the six-minute walk in Healthy adults*. Am J Respir Crit Care Med 1998 ; 158 : 1384-7.
- Trooster T, Vilaro J, Rabinovich R, Casas A, Barbera JA, Rodriguez-Rosin R, Roca J : *Physiological responses to the 6-min walk test in patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Eur Respir J 2002 ; 20 : 564-9.

# Test de Marche de 6 Minutes

## Déroulement

### 1 – Les consignes à donner au participants avant de démarrer le test

*« Vous allez maintenant faire un test de marche de six minutes ; l'objet de ce test est de marcher aussi vite que vous pouvez pendant six minutes. Nous vous informerons du temps écoulé et restant au fur et à mesure de son déroulement.*

*Vous pouvez ralentir si nécessaire et même vous arrêter mais il est préférable de continuer à marcher même lentement. Vous serez encouragé à faire de votre mieux. Afin de marcher autant que possible dans les six minutes.*

*Vous devez arrêter si vous avez des douleurs à la poitrine, des étourdissements, des palpitations ou un essoufflement anormal. Lorsque les six minutes sont écoulées, arrêtez-vous afin que l'on puisse enregistrer votre distance parcourue. »*

**NB :** *la mesure de la fréquence cardiaque, de la perception de l'effort, de la tension peuvent être effectuée avant, pendant et après le test.*

### 2 – Au cours du test

- L'examineur est situé **derrière le pratiquant** pour éviter de modifier sa vitesse de marche.
- Relever chaque **aller/retour** effectuée.
- Informer le patient **toutes les minutes** du temps restant.
- Surveiller toutes apparitions de signe ou de symptôme nécessitant l'arrêt du test.

### 3 – La fin du test

- **Relever la distance** réalisée par le patient.
- Le patient peut continuer à marcher lentement ou se reposer immédiatement.

# Test de Marche de 6 Minutes

## Préparatifs

Le test de marche de six minutes (TM6) est un outil qui permet de **mesurer le périmètre de marche** des pratiquants. Ce test permet l'évaluation objective de la condition physique, principalement des **capacités cardio-respiratoires** mais également, de la force musculaire des membres inférieurs. Ce **test de terrain**, validé scientifiquement, permet d'**évaluer**, de **planifier** et de **mesurer les impacts** d'un programme d'activité physique.



### OBJECTIF

Réaliser la plus grande distance de marche en six minutes.



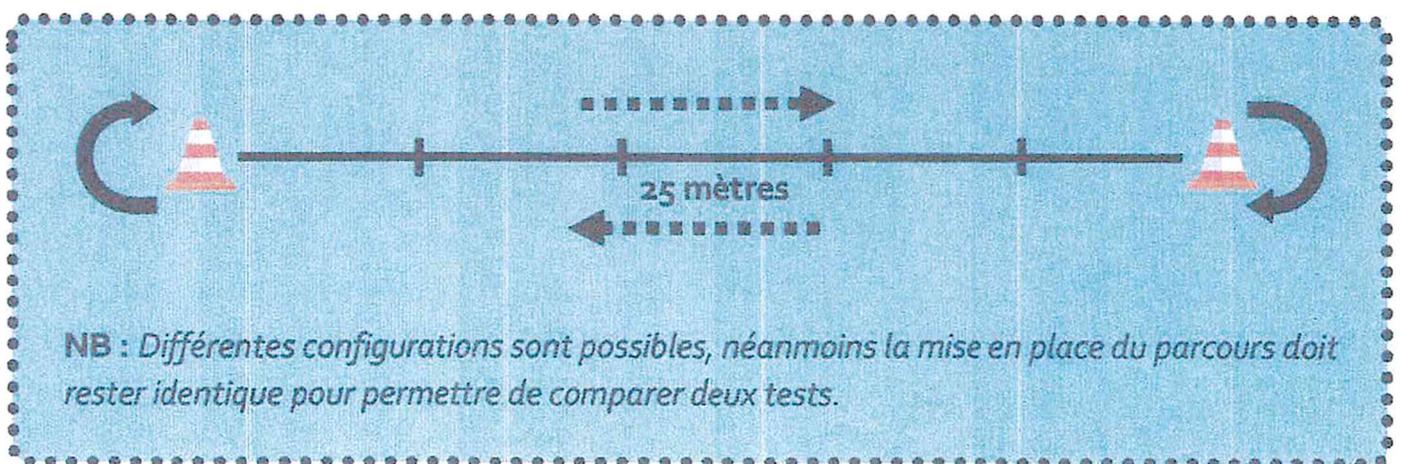
### MATERIEL

- Chronomètre
- Parcours métré au sol et matérialisé
- Oxymètre de pouls (conseillé)
- Cardio-fréquencemètre (conseillé)
- Echelle de Borg (conseillé)

## MISE EN PLACE

- Mesurer la zone de test et marquer tous les 5 mètres. Le parcours doit faire au minimum **50 mètres** et **éviter le plus possible les changements de direction**.
- Le parcours de test doit être dans un lieu à **température ambiante, sans humidité ni vent**, sans possibilité de perturbation pour le pratiquant.
- Le pratiquant peut être équipé d'un cardio-fréquencemètre et d'un oxymètre de pouls.
- Une chaise peut être disposée pour permettre de s'asseoir si besoin.

## SCHEMA DU PARCOURS DE TEST



## ECHELLE DE COTATION DU TESTING MUSCULAIRE MANUEL

0	Aucune contraction
1	Une contraction musculaire est palpable sous les doigts mais aucun mouvement n'est possible
2	La contraction musculaire permet un mouvement de l'articulation sur toute son amplitude, le membre étant sur un plan horizontal sans effet majeur de la pesanteur.
3	Le mouvement est possible dans toute son amplitude et contre la pesanteur
4	Le mouvement est possible dans toute son amplitude, contre l'action de la pesanteur et contre une résistance manuelle de moyenne importance.
5	La résistance manuelle est maximale

La cotation est affinée par l'adjonction de signes plus (+) et moins (-). Ces signes sont utilisés quand l'amplitude n'est pas complète (-) ou quand un muscle a plus d'efficacité que la définition ne lui accorde (+).

	21-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-60 ans	61 ans et +	Indice
Hommes	≥ 57 kg	≥ 57	≥ 53	≥ 50	≥ 46	5
Femmes	≥ 34	≥ 34	≥ 33	≥ 30	≥ 27	
Hommes	52-56 kg	51-56	50-52	47-49	41-45	4
Femmes	31-33	31-33	30-32	27-29	25-26	
Hommes	48-51 kg	46-50	47-49	44-46	38-41	3
Femmes	29-30	28-30	27-29	24-26	22-24	
Hommes	45-47 kg	44-46	41-46	40-43	34-37	2
Femmes	25-28	25-27	24-26	21-23	20-21	
Hommes	≤ 44 kg	≤ 43	≤ 40	≤ 38	≤ 33	1
Femmes	≤ 29	≤ 24	≤ 23	≤ 20	≤ 19	

### Test Timed chair-stand (Guralnik et al., 1995)

#### *Matériel nécessaire :*

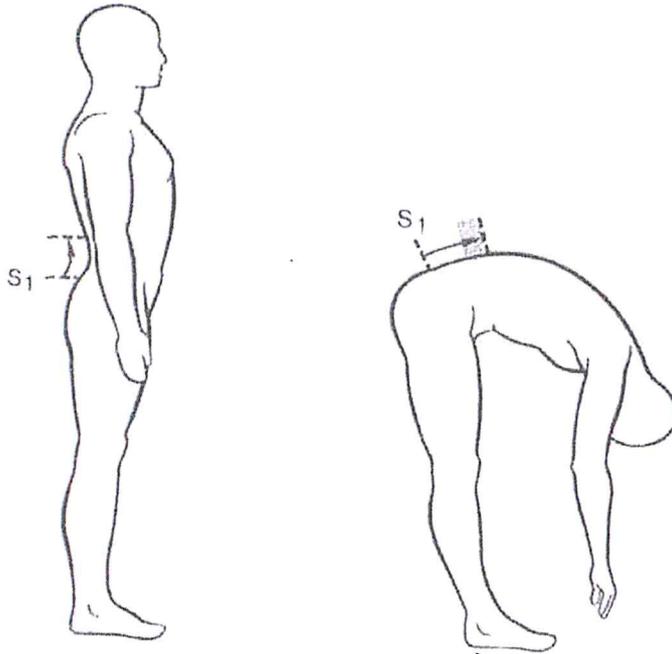
Chaise, de préférence sans accoudoirs.

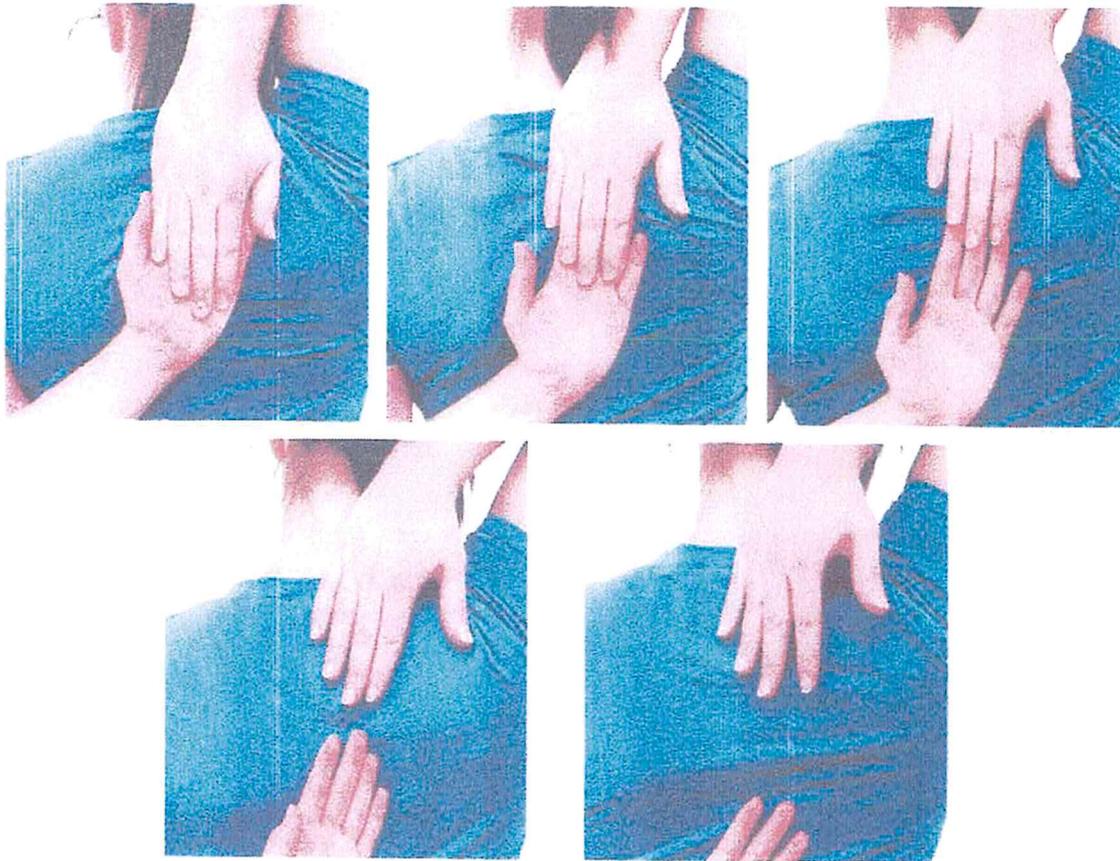
#### *Procédure :*

- La personne âgée est assise sur la chaise et tient les **bras croisés** sur sa poitrine;  
si la chaise est pourvue d'**accoudoirs**, le patient **ne peut pas s'en servir** ;
  
  - Pour la sécurité du patient, installez la chaise de manière à ce que le dossier soit contre le mur;
  
  - Demandez au patient d'effectuer l'exercice suivant aussi vite que possible :  
à **5 reprises**, se lever de la chaise et se rasseoir ;
  
  - Le temps est chronométré ;
  
  - Le test est positif si le patient a besoin de **14 secondes ou plus** pour faire l'exercice ou s'il n'est **pas capable** de l'effectuer.
-

**Test de Shober**

Pour se faire, on pratique deux marques, respectivement à la vertèbre L5 (environ au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure) et 10 cm au-dessus de cette dernière, chez un patient en station debout. Le patient est ensuite prié de se pencher en avant autant que possible et on mesure ensuite l'augmentation d'écart entre les deux marques pratiquées précédemment. Un écart de moins de 3 cm est considéré comme pathologique, la normale attendue est de +5cm.



Back Scratch Test - Test de souplesse de l'épaule

Indications	Score
Les mains se touchent paumes contre paumes	5 points
Les mains se chevauchent	4 points
Les mains se touchent	3 points
Les mains sont écartées (- de 5cm)	2 points
Les mains sont très écartées (+ de 5cm)	1 point

## **Webographie et références**

<https://www.gymdoucesenior.fr/tests-evaluation-equilibre/>

<http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.1.7.1.%20GetGo.pdf>

<https://entrainement-sportif.fr/test-equilibre.htm>

<http://sciences-et-cetera.fr/wp-content/uploads/2016/01/Test-ruffier-dickson.pdf>

[http://tle.westone.wa.gov.au/content/file/e8711780-7fc5-40ac-adb5-aa858bf3c1f7/1/805\\_001\\_1.zip/pti001\\_1\\_lr4/pti001\\_1\\_lr4\\_4.htm](http://tle.westone.wa.gov.au/content/file/e8711780-7fc5-40ac-adb5-aa858bf3c1f7/1/805_001_1.zip/pti001_1_lr4/pti001_1_lr4_4.htm)

[https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/pluriprofessionnels\\_de\\_sante/3.04testde6minutes.pdf](https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/pluriprofessionnels_de_sante/3.04testde6minutes.pdf)  
(9) [http://www.cmub.fr/wp-content/uploads/2016/09/Testing\\_musculaire.pdf](http://www.cmub.fr/wp-content/uploads/2016/09/Testing_musculaire.pdf)

[http://cdoms13.fr/test\\_de\\_force/test\\_de\\_force\\_prehension](http://cdoms13.fr/test_de_force/test_de_force_prehension)

<https://clinicalportfolio.files.wordpress.com/2016/07/arm-curl-test2.pdf>  
(12) <https://cnfs.ca/agees/tests/mesurer-la-capacite-physique/test-du-lever-de-chaise-ftsst>

<https://www.irbms.com/test-de-souplesse-du-rachis/>

<https://www.topendsports.com/testing/tests/back-scratch.htm>