

Physio-QUÉBEC



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

SOMMAIRE

CHRONIQUE DE LA SECRÉTAIRE GÉNÉRALE

2 Merci pour votre collaboration...et plus

CHRONIQUE DE LA SYNDIQUE

3 Le Code de déontologie, une nouveauté

CHRONIQUE JURIDIQUE

4 Pharmascience ou le pouvoir des syndic

CHRONIQUES DES RÉCIPENDAIRES

6 Efficacité comparative de trois programmes de réadaptation avec ou sans CPM, sur la mobilité du genou, la capacité fonctionnelle et la durée du séjour hospitalier des patients opérés pour une arthroplastie du genou. [*Par Madeleine Denis, pht, M. Sc., Hélène Moffet pht, Ph. D., France Caron, pht, Denise Ouellet, pht, M. Sc.*]

11 Effets d'environnements exigeants au niveau physique et attentionnel sur les habiletés locomotrices suivant un traumatisme crano-cérébral. [*Marie Vallée pht, M. Sc. & Bradford J. McFadyen Ph. D.*]

ÉVÉNEMENTS

14 Tour cycliste Centre de cancérologie Charles-Bruneau

15 Colloque 2007

LES INFOS

16 Quoi de neuf?

17 En bref

17 Événements

18 Physio-médias

19 Limitation suspension ou radiation

20 Tableau des membres

22 Caricature

OBJECTIF du Physio-Québec: L'objectif du Physio-Québec est de créer un réseau d'information de nature à servir de référence aux physiothérapeutes et aux thérapeutes en réadaptation physique du Québec. Cet outil de communication vise aussi à parler de leurs professions, de leurs réalisations, à présenter les activités de l'Ordre, ses services ou toute autre activité liée à la physiothérapie. La reproduction des textes est autorisée avec mention de la source.

ORDRE professionnel de la physiothérapie du Québec

7151, rue Jean-Talon Est, bureau 1000, Anjou (Québec) H1M 3N8

Téléphone : 514 351-2770 ou sans frais 1 800 361-2001 | Télécopieur : 514 351-2658 | Courriel : physio@oppq.qc.ca

Site Web : www.oppq.qc.ca

ÉDITRICE, rédactrice et réviseure: Danielle Huet, B.A.

Tél.: 514 351-2770, poste 223 | Courriel: dhuet@oppq.qc.ca

CONCEPTION graphique: Manon Boulais, graphiste
514 865-7815

DÉPÔT légal: Bibliothèques nationales du Québec et du Canada
ISSN 0706-4284

Chronique de la **SECRÉTAIRE** générale**MERCI POUR VOTRE COLLABORATION****... ET PLUS**

par Louise Bleau, pht

D.É.S.S.

Une autre période de réinscription au Tableau des membres de l'Ordre vient de se terminer. Vous nous avez facilité la tâche en respectant les délais, en respectant les dates prévues pour les trois versements de votre cotisation, en répondant et en complétant toutes les sections du formulaire d'inscription. **MERCI pour votre collaboration!**

Afin de répondre aux impératifs de l'inspection professionnelle, de la référence téléphonique et de la politique de formation continue, certaines sections du formulaire avaient été réaménagées. Vous avez apporté un soin particulier à les compléter. Certains membres nous ont mentionné que les catégories de clientèle proposées ne correspondaient pas à leur pratique, notamment en CHSLD. Nous avons pris bonne note de vos commentaires et nous évaluerons la possibilité d'apporter des modifications à cette section. **MERCI** de prendre le temps de nous aider à améliorer nos outils par vos commentaires positifs!

Certains membres peuvent décider de ne pas se réinscrire au Tableau des membres (Tableau) à un certain moment dans leur vie professionnelle. Pour certains, c'est la retraite après des années de bons et loyaux services auprès des clientèles, pour d'autres, c'est l'appel pour fonder une famille, un congé sans solde, une absence prolongée pour cause de maladie, etc. Une non-réinscription entraîne une

radiation pour non-paiement de la cotisation et ce, dès le 1^{er} avril. **MERCI** de comprendre que, peu importe la raison de votre non-réinscription au Tableau, l'Ordre doit vous envoyer une lettre de radiation pour non-paiement de la cotisation.

... et plus

Nous vous rappelons que le site web de l'Ordre www.oppq.qc.ca est votre source d'information par excellence concernant tous les dossiers traités à l'Ordre tant l'inspection professionnelle, la formation continue, la discipline, la réglementation que la pratique professionnelle des membres.

Ainsi, vous trouverez dans la section « Affaires juridiques » à l'onglet « Lignes directrices », les nouvelles *Lignes directrices pour la pratique de la rééducation périnéale et pelvienne au Québec*. Vous trouverez également dans la même section à l'onglet « Prises de position de l'Ordre », un document intitulé *Balises de dangerosité amenant la suspension ou la limita-*

tion d'exercice. Ce document précise les critères pris en considération par les membres du Comité d'inspection professionnelle lorsqu'il s'agit de déterminer si la pratique d'un membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec présente des risques d'atteinte à l'intégrité des clients afin de faire les recommandations appropriées au Bureau.

Prendre l'habitude de naviguer sur le site, c'est s'assurer d'être au parfum des tout derniers développements des dossiers de l'Ordre en rapport avec votre profession!

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE à Montréal, le 28 septembre 2007

La prochaine Assemblée générale annuelle (AGA) de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) aura lieu à Montréal, le 28 septembre 2007, au Centre de congrès Renaissance. L'avis de convocation de l'AGA 2007 et le procès-verbal de l'Assemblée 2006 vous seront acheminés dès le mois de juillet.

Soyez-y!**Il y va de votre intérêt!**

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION ...



Chronique de la SYNDIQUE

LE CODE DE DÉONTOLOGIE, UNE NOUVEAUTÉ

par Louise-Marie Dion, pht
Syndique

Le nouveau Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique entrera en vigueur incessamment, le quinzième jour qui suivra la date de sa publication à la Gazette officielle du Québec. Vous en serez avisés dès ce moment.

À part un réaménagement important du format de présentation, le Code ne présente que peu de modifications dans son essence. On comprend bien que les devoirs d'intégrité et de compétence ne varient pas dans le temps. Par contre, certains éléments plus techniques peuvent jouir d'une actualisation. Il en va ainsi en ce qui concerne les éléments de PUBLICITÉ, REPRÉSENTATION ET VENTE que l'on retrouvera à la SECTION VII.

Le Code actuel nous dit à l'article 4.01.01 ce qui suit:

Le membre ne doit pas vendre ou autrement fournir, à des fins lucratives, des articles ou équipements nécessaires à la réadaptation et, notamment, des béquilles, cannes, marchettes ou produits pharmaceutiques.

Cette interdiction en ce qui concerne la vente à des fins lucratives est levée. Cependant, l'Ordre devant respecter son mandat de protection du public, s'assure que les ventes, directes ou

indirectes, respectent le besoin du client. Il exige aussi que les ventes ainsi permises aux membres de l'OP-PQ demeurent **reliées au champ de la physiothérapie**. Il n'est pas question ici de naturopathie ou d'homéopathie, ceci dit sans préjudice.

Le Code révisé nous dira donc à l'article 79:

Le membre doit s'abstenir de recommander à quelqu'un d'acheter ou de louer, directement ou indirectement tout matériel, équipement ou accessoire physiothérapique qui n'est pas nécessaire à la condition ou au traitement du client.

L'article ne précise pas le site (clinique, commerce d'appareils orthopédiques) où ces ventes ou locations pourraient avoir lieu ni le statut (physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique cliniciens ou vendeurs) du fournisseur.

L'article 80 viendra préciser ce qui est annoncé plus haut:

Le membre doit s'abstenir d'offrir en vente, en location ou autrement mettre en marché tout matériel, équipement ou accessoire qui n'est pas requis selon les normes généralement reconnues par la science et la pratique de la physiothérapie.

Si le membre, dans sa publicité, annonce des honoraires et des prix, ces honoraires et prix devront demeurer en vigueur pour une période minimale de 90 jours après leur dernière publication. Cependant, **un prix inférieur** pourrait être convenu avec un client. Ces précisions sont contenues dans l'article 85.

ATTENTION: vous devez attendre la mise en vigueur du Code révisé pour mettre en application ces nouvelles normes!



Chronique JURIDIQUE

PHARMASCIENCE OU LE POUVOIR DES SYNDICS

par Louise Richard, syndique adjointe,
avocate, T.R.P.

Le 26 octobre dernier, la Cour Suprême du Canada rendait un jugement d'une extrême importance pour tous les syndics des ordres professionnels, à savoir qu'un syndic d'un ordre professionnel est autorisé à demander des renseignements à des personnes qui ne sont pas membres dudit ordre dans le but de documenter une enquête et de remplir son mandat de protection du public, et que ces personnes sont dans l'obligation de s'y soumettre.

Toute l'affaire débute lorsque la Régie de l'assurance médicaments du Québec décide de poursuivre diverses compagnies pharmaceutiques pour le non-respect des contrats signés avec elle. Ces compagnies auraient versé aux pharmaciens d'importantes ristournes et aurait récupéré les sommes en jeu en augmentant le prix des médicaments et par conséquent la part payée par la Régie. Monsieur Jocelyn Binet, syndic de l'Ordre des pharmaciens du Québec, découvre alors qu'un nombre important de pharmaciens propriétaires ont bénéficié d'avantages ou de ristournes, lors de l'achat de médicaments, pratique interdite par leur *Code de déontologie*.

Afin de documenter son enquête, monsieur Binet, en vertu de l'article 122 du *Code des professions* demande informations et documents sur les ristournes à la compagnie Pharmascience et à Monsieur Goodman, administrateur et membre en règle de l'Ordre des pharmaciens du Québec, bien que ce dernier n'ait pas travaillé comme pharmacien depuis de nombreuses années.

Refus catégoriques et répétés des deux interlocuteurs, car ils soutiennent que le *Code des professions* ne s'applique pas à eux.

Pharmascience et Monsieur Goodman portent même l'affaire devant les tribunaux afin de faire déclarer ces demandes de communication nulles et illégales. Ce à quoi, l'Ordre des pharmaciens répond en demandant au même tribunal une injonction permanente afin d'obliger la compagnie et Monsieur Goodman à lui livrer les documents.

La requête de l'Ordre des pharmaciens du Québec est d'abord accueillie par la cour supérieure, puis rejetée par la cour d'appel. Finalement, la Cour Suprême du Canada, tranche la question et accueille la requête de l'Ordre des pharmaciens du Québec. Cette instance doit répondre à la question suivante: « Les tiers (par exemple, compagnie et non-membre) sont-ils assujettis à l'obligation de fournir les renseignements requis par un syndic? », en vertu de l'article 122 du *Code des professions*.

Le texte de l'article 122 du *Code des professions* stipule que :

« Le syndic et les syndics adjoints peuvent, à la suite d'une information à l'effet qu'un professionnel a commis une infraction visée à l'article 116, faire une enquête à ce sujet et exiger qu'on leur fournisse tout renseignement et tout document relatif à cette enquête. »

Après avoir procédé à l'analyse du *Code des professions* et plus particulièrement de l'article 122, la Cour suprême en est venue à la conclusion que l'obligation de coopérer s'applique à tous et dépasse le cadre du membership d'un ordre professionnel.

En effet, la Cour considère que la structure de la loi et son but, c'est-à-dire la protection du public, requièrent l'assujettissement des tiers au pouvoir d'enquête du syndic. Cela donnera au syndic la latitude nécessaire pour demander à des tiers des informations qui lui permettront de désigner, parmi les membres de l'Ordre, lesquels verront un enquêteur se pencher sur leur conduite. Ce jugement confirme de nouveau l'obligation de tous de collaborer sans retenue avec le syndic sous peine de sanctions.

Les juges se sont aussi penchés sur la demande d'injonction du syndic

Chronique JURIDIQUE

PHARMASCIENCE OU...

suite

Binet. Là encore, le caractère public du *Code des professions*, notamment l'aspect primordial de la protection du public et l'absence d'autres recours judiciaires utiles, permettent à un juge d'accorder une injonction afin de faire

cesser une violation à la Loi. Ce jugement établit de manière définitive la possibilité pour le syndic de demander une injonction même si aucun recours pénal n'a été signifié.

En conclusion, ce jugement marque la responsabilité importante et fondamentale du syndic dans son rôle de protection du public. De plus, il donne au syndic les moyens nécessaires pour remplir adéquatement son mandat.

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

EFFICACITÉ COMPARATIVE

DE TROIS PROGRAMMES DE RÉADAPTATION AVEC OU SANS CPM,
SUR LA MOBILITÉ DU GENOU, LA CAPACITÉ FONCTIONNELLE
ET LA DURÉE DU SÉJOUR HOSPITALIER
DES PATIENTS OPÉRÉS POUR
UNE ARTHROPLASTIE DU GENOU

par Madeleine Denis, pht, M.Sc., Hélène Moffet pht, Ph. D.,

France Caron, pht, Denise Ouellet, pht, M.Sc.

L'arthroplastie du genou (AG) est une chirurgie majeure pratiquée fréquemment, particulièrement chez les personnes souffrant de gonarthrose à un stade avancé. Des interventions de réadaptation sont effectuées en phase postopératoire précoce afin de promouvoir une récupération rapide de la mobilité du genou et de l'indépendance fonctionnelle. Dans plusieurs milieux, des applications de mobilisation passive continue (CPM) sont effectuées de façon routinière pour favoriser une meilleure flexion du genou avant la sortie de l'hôpital. Bien qu'un consensus se démarque quant à l'inefficacité à long terme des applications de CPM¹⁻¹¹, les conclusions des études quant à son efficacité à court terme ne sont pas aussi claires^{1,3,4,6,8,9,11-20}. En effet, des lacunes sont retrouvées dans plusieurs des études recensées. La principale lacune vient du fait que, dans plusieurs études, l'introduction des exercices de mobilité en flexion du genou est faite plus tardivement dans les groupes témoins, souvent immobilisés, que dans les groupes ayant des applications de CPM^{5,8,9,11,18-20}. La pertinence de l'utilisation régulière des applications de CPM dans le protocole d'intervention précoce en réadaptation après une AG restait à être démontrée.

Nous avons élaboré un essai clinique randomisé à simple insu dont l'objectif principal était de comparer l'efficacité de trois programmes de réadaptation sur la mobilité du genou, la capacité fonctionnelle et la durée du séjour hospitalier, offerts pendant l'hospitalisation aux patients opérés pour une arthroplastie du genou.

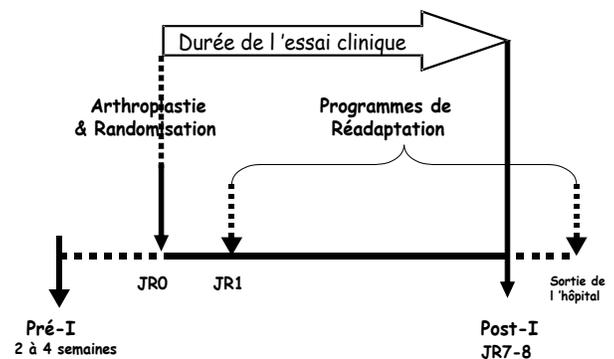
Méthodologie

Population ciblée: Les critères d'inclusion étaient d'avoir un diagnostic d'arthrose primaire affectant le ou les genoux, d'être en attente d'une première arthroplastie à un seul genou et de subir une arthroplastie du genou bicompartimentale avec ou

sans patelloplastie. Les patients qui avaient des conditions associées de santé pouvant interférer avec l'exécution des tests de performance motrice, des problèmes de collaboration ou de compréhension, une maladie neuromusculaire ou neurodégénérative, qui présentaient une infection au niveau du genou opéré détectée avant la sortie de l'hôpital, des complications postopératoires majeures ou une co-intervention chirurgicale en plus de l'arthroplastie du genou étaient exclus.

Devis

Les trois groupes d'assignation des patients ont été le groupe témoin (CTL) qui a reçu l'intervention usuelle de physiothérapie sans applications de CPM, puis les deux groupes expérimentaux qui, en plus de l'intervention usuelle de physiothérapie, ont reçu une application quotidienne de CPM de faible intensité (groupe EXP1; intensité généralement utilisée à l'Hôtel-Dieu de Québec du Centre hospitalier universitaire de Québec) ou d'intensité modérée (groupe EXP2).



L'évaluation initiale pré-intervention (Pré-I) a été réalisée deux à quatre semaines avant l'AG lors de la visite préopératoire. La mesure des effets des interventions a été effectuée 7 à 8 jours après la chirurgie, lors d'une deuxième évaluation (Post-I) qui était réalisée chez la plupart des patients la veille du départ.

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

EFFICACITÉ COMPARATIVE... *suite*

Mesures

Les caractéristiques personnelles et cliniques des patients ont été recueillies avant la chirurgie. **L'amplitude de flexion active maximale du genou** a été choisie comme **mesure principale d'efficacité**. Elle a été mesurée en position assise à l'aide d'un goniomètre.

Les mesures secondaires d'efficacité ont été: 1) L'extension active maximale du genou, mesurée en décubitus dorsal, 2) Le « Timed up and go » (TUG), 3) Le *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index* (WOMAC) 4) La durée réelle d'hospitalisation. Cette durée de séjour est influencée par la condition du genou du patient mais également par d'autres facteurs dont l'état des autres systèmes organiques, le support prévu lors du retour à domicile, le délai dans le transport à domicile. Une durée de séjour théorique a également été définie comme étant la durée de temps nécessaire pour l'atteinte des critères de libération d'un patient en regard de la condition de son genou opéré.

Interventions

L'intervention usuelle de physiothérapie était identique pour les trois groupes de patients à l'étude. Elle se basait sur le programme de physiothérapie postopératoire développé à l'Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ dans le cadre du suivi systématique des patients opérés pour une arthroplastie du genou. Elle comportait différents types d'exercices isolés (respiratoires,

circulatoires, renforcement, assouplissement en flexion et en extension du genou), des exercices fonctionnels, un entraînement dans les transferts et les déplacements afin d'en assurer l'autonomie et la sécurité, des conseils généraux et un programme d'exercices à réaliser à domicile. Des services de physiothérapie à domicile étaient demandés à la sortie de l'hôpital.

Les patients des deux groupes expérimentaux ont reçu, en plus de l'intervention usuelle de physiothérapie, des mobilisations passives du genou à l'aide de l'appareil CPM. La durée des applications était de 35 minutes pour le groupe EXP1 (faible intensité) et de 2 heures consécutives réalisées en soirée pour le groupe EXP2 (intensité modérée). La procédure d'installation du CPM a été standardisée et a été la même pour les deux groupes expérimentaux. Les applications de CPM étaient réalisées une fois par jour à compter du deuxième jour postopératoire, et ce, pendant toute la durée de l'essai clinique. Les paramètres d'application quant à la période de réchauffement et à la progression de l'amplitude de flexion étaient similaires pour les 2 groupes.

Taille de l'échantillon

Nous avons établi, par consensus, que la grandeur de l'effet minimal d'importance clinique (δ) qui justifierait le maintien des applications de CPM dans le protocole de réadaptation après une AG serait de 10° . L'erreur de type I a été fixée à 5% ($\alpha =$

0.05) et l'erreur de type II à 20% ($\beta = 0.20$). En se basant sur ces paramètres et sur un écart-type estimé à 12° , un échantillon de 24 patients par groupe était nécessaire pour obtenir une puissance statistique $\geq 80\%$.

L'analyse statistique a été réalisée dans un premier temps, en intention-de-traiter. Des analyses de variance pour les données continues et des tests de Chi-carré pour les données catégoriques ont été réalisés. Des tests non paramétriques ont été faits pour les données ne suivant pas une courbe normale de distribution.

Résultats

L'ensemble des 81 participants (CTL $n=27$; EXP1 $n=26$; EXP2 $n=28$) de l'étude ont été recrutés à l'Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ entre le 1^{er} février 2001 et le 1^{er} février 2003.

À l'évaluation pré-I, les trois groupes étaient comparables en ce qui concerne les caractéristiques personnelles et cliniques, le niveau d'activité physique et les variables servant à mesurer l'efficacité des interventions (voir tableau 1).

À l'évaluation post-I, aucune différence significative n'a été mise en évidence dans les différentes mesures dont l'amplitude de flexion active du genou à la sortie de l'hôpital, notre mesure principale d'efficacité, l'amplitude d'extension active du genou, le test « Timed up and go », le WOMAC et la durée de séjour réelle et théorique (voir tableau 2).

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

EFFICACITÉ COMPARATIVE... *suite*

Tableau 1

caractéristiques des patients et mesures d'efficacité à l'évaluation Pré-i

	CTL n=27	EXP 1 n=26	EXP 2 n=28	P value
Genre (m)	13 (48.1) ^a	10 (38.5)	15 (53.6)	0.53
Âge (ans)	67.1 (7.6) ^b	69.6 (6.7)	68.4 (7.4)	0.47
Poids (kg)	85.8 (15.6) ^b	79.3 (9.4)	80.7 (16.6)	0.22
Grandeur (m)	1.7 (0.1) ^b	1.6 (0.1)	1.6 (0.1)	0.42
Demeure seul(e)	6 (22.2) ^a	10 (38.5)	11 (39.3)	0.32
Durée des symptômes (ans)	8.6 (7.9) ^b	8 (6.2)	11 (8.2)	0.30
Côté opéré (gauche)	15(55.6) ^a	19 (73.1)	12 (42.9)	0.08
Activité physique (aucune)	12 (44.4) ^a	11 (42.3)	14 (50.0)	0.84
Comorbidités				
Hypertension	17 (63.0) ^a	13 (50.0)	18 (64.3)	0.50
Problèmes cardiaques	6 (22.2) ^a	7 (26.9)	8 (28.6)	0.86
Problèmes pulmonaires	3 (11.1) ^a	2 (7.7)	2 (7.1)	0.85
Diabète	5 (18.5) ^a	5 (19.2)	5 (17.9)	0.99
Cancer	1 (3.7) ^a	4 (15.4)	5 (17.9)	0.24
Mesures d'efficacité				
Flexion (°)	115.8 (11.5) ^b	117.1 (7.9)	118.8 (9.7)	0.53
Extension (°)	-7.1 (5.6) ^b	-8.8 (4.0)	-6.9 (3.8)	0.25
TUG (sec)	16.4 (12.3) ^b	17.2 (11.3)	16.9 (5.9)	0.96
WOMAC total (%)	55.0 (20.7) ^b	52.8 (16.5)	53.4 (18.9)	0.91

^a nombre (%), ^b moyenne (Écart-type)

Discussion

Nos résultats démontrent que des applications de CPM ajoutées à l'intervention usuelle de physiothérapie n'améliorent pas la flexion du genou à court terme. Ils appuient ceux d'études antérieures^{1,3,4,6,12-17}, dans lesquelles des durées d'application plus longues, variant de 1 heure-3 fois par jour à 20 heures par jour, n'ont pas eu plus d'impact sur la flexion du genou^{1,3,4,6,16,17}. Dans la présente étude,

la durée maximale d'application de CPM a été fixée à 2 heures, à la suite d'un consensus entre les professionnels de la santé impliqués dans les soins postopératoires. Cette durée maximale d'application a été déterminée en prenant en compte le contexte actuel des soins postopératoires où les durées de séjour sont réduites considérablement et où l'emphase est mise sur l'autonomie fonctionnelle et la réalisation d'exercices actifs en vue du retour à domicile.

Contrairement à nos résultats, certaines études ont démontré une amélioration de l'amplitude de flexion du genou à la sortie de l'hôpital avec l'utilisation d'applications de CPM. Ces études présentent, toutefois, des lacunes importantes. Plus particulièrement, les personnes faisant partie des groupes témoins ont débuté plus tardivement les exercices de mobilité au genou opéré. Dans certaines études, les personnes des groupes témoins avaient une immobilisation

Chronique des RÉCIPENDAIRES

EFFICACITÉ COMPARATIVE... *suite*

Tableau 2

Mesure principale et mesures secondaires à la sortie de l'hôpital (Post-I)

	Mesures			P (ANOVA)	Effet d'intervention		
	CTL n=27	EXP1 n=26	EXP2 n=28		CTL-EXP1	CTL-EXP2	EXP1-EXP2
Flexion (°)	80.4 (11.8) ^a	78.7 (10.6)	83.3 (11.9)	0.33	1.7(-5.8,9.2) ^b	-2.9 (-10.3,4.5)	-4.6 (-12.1,2.9)
Extension (°)	-8.0 (3.5)	-7.0 (3.7)	-6.5 (3.7)	0.30	-1 (-3.4,1.4)	-1.5 (-3.9,0.8)	-0.5 (-2.9,1.9)
TUG (sec)	41.9 (21.4)	50.7 (22.6)	52.3 (34.9)	0.33	-8.7 (-26.8,9.2)	-10.4 (-28.0,7.3)	-1.6 (-19.6,16.4)
WOMAC (%)							
Douleur	39.8 (24.8)	36.8 (15.6)	27.7 (17.1)	0.07	3.0 (-9.9,15.9)	12.1 (-0.6,24.9)	9.1 (-3.8,22)
Raideur	53.8 (26.1)	59.3 (19.3)	50.1 (24.1)	0.36	-5.4 (-20.8,10.0)	3.8 (-11.5,19.0)	9.2 (-6.2,24.6)
Capacité fonctionnelle	33.0 (22.7)	40.0 (20.2)	31.0 (23.9)	0.32	-7.0 (-21.7,7.7)	1.9 (-12.6,16.5)	8.9 (-5.7,23.6)
Total	37.1 (22.6)	41.2 (17.6)	32.2 (20.6)	0.28	-4.1 (-17.5,9.3)	4.9 (-8.4,18.1)	9.0 (-4.4,22.4)
Durée de séjour (jours)							
Réelle	7.8 (2.0)	8.1 (2.0)	8.0 (2.1)	0.83	-0.3 (-1.7,1.0)	-0.2 (-1.5,1.1)	0.2 (-1.2,1.5)
Théorique	7.5 (1.4)	7.9 (1.6)	7.6 (1.8)	0.71	-0.4 (-1.4,0.7)	-0.2 (-1.2,0.9)	0.2 (-0.8,1.3)

^a moyenne (Écart-type) ^b Différence des moyennes (IC 95%)

Vous pouvez avoir plus de détails concernant l'étude, la méthodologie, les résultats et la discussion en vous référant soit

- 1) au **Mémoire de maîtrise** disponible sur le site de la faculté des études supérieures de l'Université Laval (www.fes.ulaval.ca). Au bas de la page web, vous avez accès aux thèses et mémoires électroniques. Vous faites une recherche par nom et vous y êtes.
- 2) à l'article publié dans *Physical Therapy*, février 2006; 86(2):174-85.

complète du genou opéré au cours des premiers jours postopératoires alors que pour d'autres, les mobilisations passives (CPM; groupes expérimentaux) étaient débutées avant que les personnes des groupes témoins ne débutent leurs exercices de mobilité^{5,8,9,11,18-20}. Dans notre étude, les exercices de flexion active du genou ont débuté au même moment pour les personnes des trois groupes. Seule l'intensité des applications de CPM a varié (aucune à 2 heures par jour).

Le moment où débutent les applications de CPM après l'AG est un autre facteur qui pourrait influencer leur efficacité. En effet, afin d'avoir des

effets bénéfiques sur la mobilité du genou et influencer le processus de guérison des tissus, il est suggéré de débuter la mobilisation passive continue le plus rapidement possible après la chirurgie²¹. Dans plusieurs études, celles-ci ont d'ailleurs débuté en salle de réveil^{5,7-11,18-20}. Dans la présente étude, les applications de CPM et les exercices ont débuté au deuxième jour suivant l'AG. À la fin du séjour hospitalier (8 ± 2 jours), l'amplitude de flexion active du genou a été excellente dans tous les groupes (groupes avec CPM: 81°; groupe sans CPM: 80.4°). Des amplitudes similaires de flexion ont été mesurées sept jours

après l'AG dans les études où les applications de CPM étaient débutées en salle de réveil (70° à 82°)^{5,10,18,20}.

Forces et limites de l'étude

La comparabilité des groupes à l'évaluation initiale, le haut degré d'observance aux interventions, l'amorce des applications de CPM et de mobilisation active du genou au même jour postopératoire, le nombre suffisant de sujets sont les forces de cette étude. Les résultats de cette étude sont valables pour des populations et des contextes d'application similaires.

L'intérêt d'utiliser des applications de CPM pour d'autres types de clientèle

Chronique des RÉCIPENDAIRES

EFFICACITÉ COMPARATIVE... *suite*

les tels les personnes ayant subi une chirurgie plus complexe (révision, greffe, etc.) ou présentant soit, une faible mobilité du genou en phase préopératoire, soit des complications postopératoires ou des conditions associées empêchant la pratique autonome d'exercices fonctionnels, demeure toutefois à être démontré.

Conclusion

L'ajout d'applications de CPM d'intensité faible ou modérée à l'intervention usuelle de physiothérapie immédiatement après une AG primaire n'entraîne pas de bénéfices additionnels sur la flexion active maximale du genou, l'extension du genou, la capacité fonctionnelle et la durée du séjour hospitalier.

Les résultats de cette étude ont eu un impact immédiat sur notre pratique clinique puisque les installations de CPM utilisées de façon routinière après une AG ont été cessées dans notre établissement.

Références

1. Beaupre LA, Davies DM, Jones CA, Cinats JG. *Exercise combined with continuous passive motion or slider board therapy compared with exercise only: a randomized controlled trial of patients following total knee arthroplasty.* Phys Ther 2001; 81: 1029-37.
2. Colwell CWJ, Morris BA. *The influence of continuous passive motion on the results of total knee arthroplasty.* Clin Orthop 1992; 276: 225-8.
3. Chiarello CM, Gundersen L, O'Halloran T. *The effect of continuous passive motion duration and increment on range of motion in total knee arthroplasty patients.* J Orthop Sports Phys Ther 1997; 25: 119-27.
4. MacDonald SJ, Bourne RB, Rorabeck CH, McCalden RW, Kramer J, Vaz M. *Prospective randomized clinical trial of continuous passive motion after total knee arthroplasty.* Clin Orthop 2000;380:30-5.
5. McInnes J, Larson MG, Daltroy LH et al. *A controlled evaluation of continuous passive motion in patients undergoing total knee arthroplasty.* JAMA 1992; 268: 1423-8.
6. Ritter MA, Gandolf VS, Holston KS. *Continuous passive motion versus physical therapy in total knee arthroplasty.* Clin Orthop 1989; 244: 239-43.
7. Romness DW, Rand JA. *The role of continuous passive motion following total knee arthroplasty.* Clin Orthop 1988; 226: 34-7.
8. Ververeli PA, Sutton DC, Hearn SL, Booth REJ, Hozack WJ, Rothman RR. *Continuous passive motion after total knee arthroplasty. Analysis of cost and benefits.* Clin Orthop 1995; 321: 208-15.
9. Wasilewski SA, Woods LC, Torgerson WRJ, Healy WL. *Value of continuous passive motion in total knee arthroplasty.* Orthopedics 1990; 13: 291-5.
10. Pope RO, Corcoran S, McCaul K, Howie DW. *Continuous passive motion after primary total knee arthroplasty. Does it offer any benefits?* J Bone Joint Surg Br 1997; 79: 914-7.
11. Shih KZ, Liu TK. *The role of continuous passive motion following total knee arthroplasty.* J Formos Med Assoc 1990; 89: 1077-80.
12. Montgomery F, Eliasson M. *Continuous passive motion compared to active physical therapy after knee arthroplasty: similar hospitalization times in a randomized study of 68 patients.* Acta Orthop Scand 1996; 67: 7-9.
13. Nielsen PT, Rechnagel K, Nielsen SE. *No effect of continuous passive motion after arthroplasty of the knee.* Acta Orthop Scand 1988; 59: 580-1.
14. Vince KG, Kelly MA, Beck J, Insall JN. *Continuous passive motion after total knee arthroplasty.* J Arthroplasty 1987; 2: 281-4.
15. Goletz TH, Henry JH. *Continuous passive motion after total knee arthroplasty.* South Med J 1986; 79: 1116-20.
16. Gose JC. *Continuous passive motion in the postoperative treatment of patients with total knee replacement. A retrospective study.* Phys Ther 1987; 67: 39-42.
17. Maloney WJ, Schurman DJ, Hangen D, Goodman SB, Edworthy S, Bloch DA. *The influence of continuous passive motion on outcome in total knee arthroplasty.* Clin Orthop 1990; 256: 162-8.
18. Harms Michele, Engstrom Barbara. *Continuous passive motion as an adjunct to treatment in the physiotherapy management of total knee arthroplasty patient.* Physio 1991; 77: 301-7.
19. Coutts RD, Toth C, Kaita J.H. *The role of continuous passive motion in the rehabilitation of the total knee patient.* In: D.S.Hungerford, editor. *TKA: A comprehensive approach.* Baltimore: Williams &Wilkins; 1984: 126-32.
20. Johnson DP, Eastwood DM. *Beneficial effects of continuous passive motion after total condylar knee arthroplasty.* Ann R Coll Surg Engl 1992; 74: 412-6.
21. O'Driscoll SW, Giori NJ. *Continuous passive motion (CPM): theory and principles of clinical application.* J Rehabil Res Dev 2000; 37: 179-88.

Chronique des **RÉCIPENDAIRES****EFFETS D'ENVIRONNEMENTS**

EXIGEANTS AU NIVEAU PHYSIQUE ET ATTENTIONNEL
SUR LES HABILITÉS LOCOMOTRICES
SUIVANT UN TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL

par Par Marie Vallée pht,
M.Sc.

Marie Vallée pht, M.Sc. & Bradford J. McFadyen Ph.D.

Les résultats de recherche présentés dans le cadre de cette chronique constituent une partie des travaux de maîtrise de Marie Vallée. Les résultats complets ont été publiés: Vallée M, McFadyen BJ, Swaine B, Doyon J, Cantin JF, Dumas D. *Effects of environmental demands on locomotion after traumatic brain injury. Arch Phys Med Rehabil* 2006;87:806-13.

Pour toute question ou commentaire, écrire à : marie.vallee@mail.chuq.qc.ca ou brad.mcfadyen@rea.ulaval.ca

Introduction

Les personnes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral (TCC), ont des incapacités physiques et cognitives qui interfèrent avec leurs habiletés locomotrices. Katz et al.¹ ont rapporté qu'environ 6 semaines étaient nécessaires afin de parvenir à marcher de façon autonome suite à un TCC et qu'environ 94 % des personnes y parvenaient après 3 mois. Cependant, il fut démontré que ces personnes marchaient plus lentement² et même jusqu'à deux fois moins vite³ que les personnes saines.

Les problèmes d'attention sont parmi les séquelles les plus fréquentes suivant un TCC, entre autres, les troubles d'attention divisée⁴. Jusqu'à maintenant, très peu d'études ont regardé les effets d'une tâche cognitive effectuée simultanément pendant la marche chez cette population.

Le but de cette étude était de comparer les effets d'environnements de complexité variable sur les habiletés locomotrices de personnes ayant subi un TCC modéré ou sévère avec des sujets sains.

Méthodes

Les sujets avec un TCC devaient n'avoir subi qu'un seul TCC de sévérité modérée à sévère et ils devaient pouvoir marcher sans auxiliaire. Les personnes présentant des fractures du crâne, d'autres problèmes neurologiques, musculosquelettiques, cognitifs ou comportementaux affectant leur locomotion étaient exclues. L'échantillon final fut composé de neuf sujets avec un TCC (8 hommes et 1 femme; âge $39,3 \pm 13,0$ ans) pairés selon l'âge et le sexe à des sujets sains (8 hommes et 1 femme; âge $39,7 \pm 12,3$ ans).

Le montage en laboratoire consistait en cinq écrans plats d'ordinateur

disposés de chaque côté et au bout d'une allée de marche rectiligne. Les sujets ont fait face à trois environnements physiques (absence d'obstacle, obstacle mince et obstacle profond) présentés seuls ou combinés à deux différentes conditions d'attention visuelle (division d'attention par Stroop Barre ou Mot)⁵. Dans le premier niveau de difficulté du Stroop, les sujets devaient nommer successivement la couleur de chacune des huit barres présentées sur les écrans. Le deuxième niveau de difficulté consistait en huit mots représentant une couleur, mais présentés dans une couleur différente de leur sens lexical. Par exemple, le mot bleu pouvait être présenté de couleur rouge. Les sujets devaient faire abstraction du mot et ne nommer que la couleur, soit rouge. Les dimensions de l'obstacle étaient déterminées selon les capacités dynamiques de chacun des sujets pour éviter les différences attribuables à la difficulté de l'obstacle. Tous les écrans présentaient les mêmes stimuli, et une page différente était présentée à chaque essai.

La voix fut enregistrée afin de connaître le temps moyen utilisé pour lire un stimulus Stroop. Les variables spatio-temporelles, soit la vitesse de marche, la longueur d'un cycle de marche et

Chronique des RÉCIPiENDAIRES

EFFETS D'ENVIRONNEMENTS... *suite*

le dégagement des pieds par rapport à l'obstacle, furent mesurées avec un système optoélectrique (Optotrak). Lorsque pertinent, les variables furent exprimées selon le premier (« lead ») ou le second (« trail ») membre inférieur à enjamber l'obstacle.

Le test de Wilcoxon fut utilisé afin d'identifier les différences significatives entre les conditions pour un même groupe et le test de Mann-Whitney U pour les différences inter-groupes. Le niveau de signification alpha fut fixé à 0,05.

Résultats

De façon globale, les sujets avec un TCC ont pris plus de temps à lire les stimuli (4,63 sec vs 3,99 sec pour les sujets contrôles). Ils ont complété la tâche de Stroop Barre plus lentement que les sujets sains dans la position assise et lors de l'enjambement de l'obstacle mince. Pour le Stroop Mot, seul l'enjambement de l'obstacle profond fut plus exigeant pour les sujets avec un TCC. Lors de la marche sans obstacle, aucune différence ne fut établie entre les deux groupes pour aucune des variables. Cependant, les sujets avec un TCC marchaient plus lentement que les sujets sains lors de l'enjambement de l'obstacle mince ($1,24 \pm 0,19$ vs $1,35 \pm 0,15$ m/s pour les sujets contrôles), de l'obstacle profond ($1,23 \pm 0,25$ vs $1,31 \pm 0,13$ m/s pour les sujets contrôles) et lors de la double tâche la plus complexe, soit celle combinant



Chronique des RÉCIPENDAIRES

EFFICACITÉ COMPARATIVE... *suite*

l'obstacle profond et le Stroop Mot ($1,10 \pm 0,26$ vs $1,26 \pm 0,22$ m/s pour les sujets contrôles). Les sujets avec un TCC avaient une longueur de cycle du membre « lead » inférieure aux sujets sains pour toutes les conditions d'obstacle seul ou combiné au Stroop Barre ou Mot (en général, $1,71 \pm 0,2$ vs $1,89 \pm 0,2$ m pour les sujets contrôles). Ce comportement fut également observé pour le membre « trail » pour les conditions d'obstacle seul et lors de l'enjambement de l'obstacle profond avec division d'attention. Les sujets avec un TCC dégageaient toujours davantage le pied « lead » que les sujets sains ($1,27 \pm 0,4$ vs $0,83 \pm 0,27$ pour les sujets contrôles) et aucune différence n'est ressortie pour le membre « trail ».

Discussion

Les sujets avec un TCC avaient tous un niveau d'autonomie fonctionnelle considérablement élevé tel que démontré par une performance similaire à celle des sujets sains pendant la marche sans obstacle. Malgré cela, l'ajout d'un obstacle seul fut suffisant pour diminuer la performance des sujets avec un TCC. Il fut établi que le niveau d'attention nécessaire à l'exécution d'une double tâche augmente avec le niveau de difficulté des tâches motrices et cognitives effectuées simultanément, ce qui amène une diminution de la performance^{6,7}. L'exécution simultanée du Stroop Mot et de l'enjambement de l'obstacle profond a amené un écart important

entre les deux groupes, car la tâche de lecture s'avérait très difficile dans cette situation.

Le fait que les sujets avec un TCC aient adopté un dégageement du pied « lead » supérieur aux sujets sains indique l'adoption d'un comportement plus prudent, tel que suggéré auparavant². Cette attitude plus conservatrice est également supportée par l'adoption d'une vitesse de marche et d'une longueur de cycle, toutes deux inférieures à celles des sujets sains en présence d'obstacle.

Implications cliniques

Le monde extérieur présente une multitude d'obstacles physiques et de stimuli avec lesquels il faut composer pour se déplacer de façon sécuritaire. Une tâche aussi simple et fréquente que de traverser la rue comporte des exigences semblables, et même, supérieures à celles reproduites dans cette étude. Les résultats présentés démontrent que des personnes avec un TCC reconnues autonomes à la marche ont de la difficulté dans des environnements combinant des contraintes physiques et attentionnelles. Ainsi, les différents contextes utilisés dans cette étude peuvent servir de pistes aux physiothérapeutes dans l'évaluation et le traitement de ces personnes. De futures analyses permettront possiblement d'établir des liens entre les outils de mesure clinique et les comportements observés en laboratoire.

Références

1. Katz DI, White DK, Alexander MP, Klein RB. *Recovery of ambulation after traumatic brain injury. Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85:865-869.
2. McFadyen BJ, Swaine B, Dumas D, Durand A. *Residual effects of a traumatic brain injury on locomotor capacity. J Head Trauma Rehabil* 2003; 18:512-525.
3. Ochi F, Esquenazi A, Hirai B, Talaty M. *Temporal-spatial feature of gait after traumatic brain injury. J Head Trauma Rehabil* 1999; 14:105-115.
4. Park NW, Moscovitch M, Robertson IH. *Divided attention impairments after traumatic brain injury. Neuropsychologia* 1999; 37:1119-1133.
5. Golden CJ. *Identification of brain disorders by the Stroop Color and Word Test. J Clin Psychol.* 1976; 32:654-658.
6. Lajoie Y, Teasdale N, Bard C, Fleury M. *Attentional demands for static and dynamic equilibrium. Exp Brain Res* 1993; 97:139-144.
7. Dault MC, Frank JS, Allard F. *Influence of a visuo-spatial, verbal and central executive working memory task on postural control. Gait Posture* 2001; 14:110-116.

ÉVÉNEMENTS

COLLOQUE OPPQ 2007

suite

LA GESTION DES RISQUES EN PHYSIOTHÉRAPIE

Centre de Congrès Renaissance Montréal

Depuis quelques années, la sécurité des patients est devenue une préoccupation internationale. Au Québec, les infections nosocomiales font régulièrement les manchettes et, ce printemps, le D^r Dionne, coroner, émettait ses recommandations en regard des travaux à entreprendre en vue d'assurer une pratique sécuritaire de la manipulation cervicale.

Dans ce contexte, comment assurer une pratique sécuritaire en physiothérapie ?
Comment réduire l'incidence des accidents et des incidents ?

La gestion des risques devient alors un élément incontournable dans le cadre d'une pratique de qualité et sécuritaire en physiothérapie.

Objectifs du colloque :

- I. comprendre l'importance de développer une culture de la sécurité des patients ;
- II. approfondir les connaissances inhérentes aux risques associés à certaines activités en physiothérapie ;
- III. connaître des outils pertinents à la gestion des risques.

Thèmes et sujets abordés :

- ⊙ Les obligations des professionnels de la santé en lien avec la sécurité des patients ;
- ⊙ La prévention des infections nosocomiales ;
- ⊙ Les risques associés aux agents physiques ;
- ⊙ La manipulation cervicale :
 - recommandations du coroner suite à un décès au Québec,
 - éléments à la base d'une pratique sécuritaire par le physiothérapeute ;
- ⊙ La prise de décision éclairée des patients.

Conférenciers :

M^e Jean-Pierre Ménard
Lucie Bellehumeur, B. Sc. Inf, M.A.
Philippe Bussièrès, pht
D^r Paul G. Dionne, coroner
François Landry, pht

Vous désirez des outils efficaces pour intégrer la gestion des risques dans votre pratique ?

RÉSERVEZ votre journée du 28 septembre !

Horaire prévu : 8h00 à 16h15

Le programme final sera disponible sur le site à la fin juin

DATE LIMITE D'INSCRIPTION : 7 septembre

Les INFOS

Quoi de neuf à l'Ordre ?

**Félicitations à Madame Louise Bleau pour ses 10 ans à l'Ordre !
10 ans, ça se fête en grand !**



Dix ans à l'Ordre, mais ô combien plus dans la profession ! Tout d'abord, un survol de son cheminement professionnel.

En 1979, Madame Bleau termine un baccalauréat en sciences en physiothérapie à l'Université de Montréal ; en 2000, elle complète un diplôme de 2^e cycle d'études supérieures spécialisées en administration sociale, également à l'Université de Montréal. Elle est actuellement à terminer

une maîtrise en droit et politiques de la santé.

Parallèlement, dès 1988, Madame Bleau fait partie du Bureau de l'Ordre, à titre de représentante de la région de l'Outaouais, jusqu'en 1991. Par la suite, de mai 1996 à mai 1997, elle siège au Bureau, à titre d'administratrice pour la région Laurentides-Lanaudière.

En date du 21 mai 1997 jusqu'en janvier 1998, Madame Bleau devient Chargée de la formation continue à l'Ordre. De janvier 1998 à septembre 2000, elle cumule le poste de Secrétaire générale de l'Ordre et de Chargée de la formation continue. De septembre 2000 à avril 2004, elle se consacre exclusivement au poste et fonctions de Secrétaire générale de l'Ordre. Depuis avril 2004 jusqu'à ce jour, elle œuvre à titre de Secrétaire générale et de Directrice des services professionnels.

Engagée à la fois au Conseil interprofessionnel du Québec et à l'Alliance

canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie, Madame Bleau se mérite le « Beth Maloney Memorial Award » en 2005. Cette reconnaissance lui a été attribuée par l'Alliance, pour sa contribution exceptionnelle à titre de membre de la communauté des régulateurs en physiothérapie, pour son comportement professionnel exemplaire ainsi que pour son implication et ses valeurs relatives à la protection du public et à l'éthique professionnelle.

Lorsque l'on suit l'itinéraire professionnel de Madame Bleau, on constate que son cheminement est riche d'engagements professionnels et d'investissement humain.

Les membres du Bureau s'associent aux permanents de l'Ordre pour la féliciter et la remercier pour ces 10 années de loyaux services et pour lui souhaiter un tracé tout aussi rayonnant pour les dix années à venir.

!!!! BRAVO LOUISE !!!!

...DE NOUS
TOUTES
ET TOUS !



En bref

Nomination de Madame Joanne Goldberg à la présidence de SoCRA

Joanne Goldberg, M. Sc., pht, CCRP, physiothérapeute, a été élue présidente de la SoCRA (*Society of Clinical Research Associates*) pour l'année 2008. La SoCRA est un organisme international à but non lucratif avec une mission de formation continue et de développement des professionnels de la recherche clinique. La SoCRA regroupe près de 10 000 professionnels à travers le monde travaillant dans le milieu de la recherche clinique dans les secteurs public et privé. Madame Goldberg est présentement consultante au Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) et est responsable des projets spéciaux et des dossiers liés à la recherche clinique au FRSQ. Elle est une membre active du Comité de recherche clinique à l'OPPQ. Site Web de la SoCRA <http://www.socra.org/>

L'Ordre, les membres du Bureau, les membres du Comité de recherche clinique ainsi que les permanents s'unissent pour la féliciter pour cette nomination.

Prix d'excellence clinique de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ)

Instauré en 1990, le Prix d'excellence clinique a pour but de reconnaître l'excellence clinique des étudiants et étudiantes en physiothérapie tout au long de leur formation. Ce Prix est remis annuellement et il est décerné à l'étudiante ou l'étudiant qui s'est distingué par son rendement global exceptionnel et qui a démontré avoir acquis les compétences requises pendant ses stages au cours des trois années d'études universitaires. Le prix offert consiste en un rabais de 250 \$ lors de sa prochaine inscription au Tableau des membres de l'OPPQ. La lauréate qui s'est mérité ce prix est Madame Amélie Leblanc de l'Université Laval. L'Ordre, les membres du Bureau et les permanents s'unissent pour la féliciter pour cette reconnaissance d'excellence.

Événements

5^e édition de la Table ronde des professionnels des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED)

Le 15 novembre 2007

Cet événement annuel, dont le thème est « Tous pour un... », se tiendra à l'Hôtel Ruby Foo's, au 7655, boulevard Décarie, à Montréal et s'adresse aux ergothérapeutes, aux orthophonistes, aux physiothérapeutes et aux thérapeutes en réadaptation physique. Hébergement sur place aux frais des participants, téléphonez au 514 731-7701 ou au numéro sans frais 1 800 361-5419. Les formulaires d'inscription seront envoyés par la poste aux CRDITED du Québec au courant du mois de septembre 2007. Le coût d'inscription est de 60 \$ par personne. Pour tout renseignement, veuillez communiquer avec Sophie Asselin, ergothérapeute au 514 334-3979, poste 252, par courriel au sophie.asselin.sri@ssss.gouv.qc.ca ou avec Angela Fragasso, ergothérapeute au 514 345-0210, poste 360, par courriel au angela.fragasso.miriam@ssss.gouv.qc.ca

Les INFOS

suite

Physio-médias

REVUE GOLF AGP-INTERNATIONAL



LE COURRIER DE LOUISE DESCHÂTELETS
 Pensée du jour : Une génération plante des arbres, une autre profite de l'ombre. (Proverbe chinois)

Vous appelez ça un exercice de santé ?
 Notre système de santé est pourri. Mes fils ont un diabète et il est affecté par une hernie inguinale en plus d'être maricaïn-dépressif. Il a toujours eu du mal à se faire soigner correctement vu l'importance des problèmes de santé qui l'affectent. C'est vraiment ça le faire hospitaliser. C'est moi qui suis allée le conduire à l'hôpital. Mes fils étaient en crise, et j'ai dû aller de la travailler avec des soins, le médecin qui l'a vu à l'école l'a soigné et moi qui suis allée le voir à la clinique pendant qu'il était en crise. Plus tard, il a été opéré de sa hernie et ça a été un succès, mais il est resté avec moi. C'est quand même tout ça un moment de votre système de santé qui n'est pas très efficace pour un malade qui manifeste aussi peu d'empresse pour un malade qui manifestement avait besoin d'être soigné par la présence de son père, moi et l'assurance. On avait considéré comme des médicaments, des morceaux de viande sans importance. Les animaux sont mieux traités dans les cliniques vétérinaires que dans le système hospitalier.

Une même pensée Je comprends votre frustration. Mais sans vouloir excuser le médecin ni remettre la faute sur le système, vous savez comme moi qu'une seule personne peut pas nécessairement le faire de l'ensemble de la profession. Il n'est pas donné à tout le monde d'être empathique aux autres, et même un médecin compétent peut avoir mauvais caractère ou encore être affecté par le stress lié au travail dans une salle d'urgence.

À propos des problèmes de nerf sciatique
 Je viens de terminer la lecture de votre chronique et j'ai particulièrement apprécié la lecture d'une lecture vous parlez de son problème de nerf sciatique. Avec tout le respect que je vous dois, votre réponse me laisse perplexe, car le pronostic du nerf sciatique peut être causal par un déplacement d'un disque lombaire à un certain niveau. J'ai eu, malheureusement, le même problème que votre lecture, et j'ai aussi essayé les mêmes traitements, c'est à dire des infiltrations à la cortisone, de l'acupuncture, de la physiothérapie et autres, sans résultat. Ça faisait 10 mois que l'endurance mon mal quand je me suis décidé à consulter un médecin spécialiste en médecine sportive au Centre Médic de l'île des Soeurs. Je pense qu'il s'agit d'une clinique privée où il faut payer pour être traité. Avant de penser vous le traitement d'un traitement, je suis

EXAMEN CLUB DE GOLF DU MOIS MONTCALM

REVUE GOLF AGP-INTERNATIONAL

NOUVEAU !
 DAVE KELLY OLIVIER EDMOND CLAUDIA BEAUCHESE

NOUVEAU !
 ALICE COOPER, JUSTIN TIMBERLACK, HUEY LEWIS, REM, ETC. RESUMEZ-NOUS UNE NOUVELLE PASSION

HEUREUX TIGRE

REVUE GOLF AGP-INTERNATIONAL

EXERCICE

Des glissements qui n'ont rien à voir avec le terrain

Faites-vous un slide ou un away, ces défauts de l'élan qui résultent d'un balancement des hanches vers l'arrière durant l'amorce, et vers l'avant tout juste avant l'impact? Allons voir comment il est possible de corriger ces deux mouvements fauts pour que votre élan soit plus efficace en 2007.

Arne Labrecque
 Physiothérapeute
 CLINIQUE MEDIC

griffon un un slide ou un away dans son élan, mais il est très rare qu'il commette ces deux erreurs.

La nouvelle saison de golf approche à grands pas et il est donc normal de vouloir corriger votre élan en compagnie d'un professionnel. En faisant quelques élan, vous vous rendez compte que vos hanches glissent parfois vers la droite, lors de l'amorce, ou vers la gauche, juste avant l'impact. Malgré tous vos efforts, vous ne parvenez pas à changer ces défauts dans votre élan. Il y a peut-être d'autres raisons pour expliquer cette mauvaise tendance, et on les retrouve en trois catégories distinctes.

1. Technique
 Les deux mouvements fauts sont en fait précédemment caractérisés par un glissement excessif des hanches vers l'avant, avant l'impact (1), ainsi qu'un glissement excessif des hanches vers l'arrière durant l'amorce (2).

Ce peut être causé par un mauvais alignement de l'élan, à quel point les hanches sont mal alignées à un moment précis de l'élan. Il arrive souvent qu'un

En élan couchant sur le dos, alignez les hanches et les genoux parallèles à l'axe de l'élan, tout en maintenant vos deux pieds sur le terrain. Équilibrez les genoux en gardant les genoux dans la même position. Vous obtenez une meilleure rotation des hanches.

Dans cet exercice, un mouvement de position initiale. Les hanches descendront dans et en bas de la position de genoux à droite.

Dans cette situation, c'est le haut du corps qui demeure stable et c'est le bassin qui doit tourner de gauche à droite.

LE JOURNAL DE QUÉBEC
 vendredi le 11 mai 2007
 Maxime Gauthier, phot

REVUE GOLF AGP-INTERNATIONAL

MARTIN STEVENS
 « GOLF IS IN THE AIR »

MODE
 QUE PORTER EN 2007 ?

VOYAGE
 GOLF ET SPA
 HEUREUX MARIAGE

FIN DE PRO
 GREGG CUTHILL
 LE JOUEUR LE PLUS AMÉLIORÉ DE L'AGP

CLUBS PRIVÉS
 LE BLAINVILLIER,
 LE DIAMANT, ROSEMÈRE

REVUE GOLF AGP-INTERNATIONAL

EXERCICE DÉBUT DE SAISON SÉCURITAIRE

Commencez votre saison de façon sécuritaire

Les chauds rayons de soleil du mois mars feront fondre la neige recouvrant les terrains de golf du Québec. Bientôt, vous pourrez profiter de ces grands espaces pour pratiquer votre sport préféré. Mais êtes-vous vraiment prêt à effectuer de bons élan?

Arne Labrecque
 Physiothérapeute
 CLINIQUE MEDIC

Même si le golf n'est pas votre première passion, il demande malgré tout une préparation minutieuse de la part de vos muscles avant la saison. Profitez de la période d'hiver pour vous préparer.

vous permettre d'engager votre élan de manière sécuritaire et améliorer votre technique. Les exercices suivants vous aideront à renforcer les muscles nécessaires à la fin de votre élan.

Pour commencer, il vous faut un terrain plat, que vous ne connaissez pas votre condition physique et que vous souffrez de différents problèmes de mouvement, il serait plus sage de consulter un physiothérapeute.

Cela vous permettra de travailler votre élan de manière sécuritaire et d'éviter les blessures. Les exercices suivants vous aideront à améliorer votre technique de golf.

1. Commencez par un élan simple et stable. Le but est de travailler votre élan de manière sécuritaire et d'éviter les blessures. Les exercices suivants vous aideront à améliorer votre technique de golf.

REVUE GOLF AGP-INTERNATIONAL

EXERCICE

Des glissements qui n'ont rien à voir avec le terrain

Faites-vous un slide ou un away, ces défauts de l'élan qui résultent d'un balancement des hanches vers l'arrière durant l'amorce, et vers l'avant tout juste avant l'impact? Allons voir comment il est possible de corriger ces deux mouvements fauts pour que votre élan soit plus efficace en 2007.

Arne Labrecque
 Physiothérapeute
 CLINIQUE MEDIC

griffon un un slide ou un away dans son élan, mais il est très rare qu'il commette ces deux erreurs.

La nouvelle saison de golf approche à grands pas et il est donc normal de vouloir corriger votre élan en compagnie d'un professionnel. En faisant quelques élan, vous vous rendez compte que vos hanches glissent parfois vers la droite, lors de l'amorce, ou vers la gauche, juste avant l'impact. Malgré tous vos efforts, vous ne parvenez pas à changer ces défauts dans votre élan. Il y a peut-être d'autres raisons pour expliquer cette mauvaise tendance, et on les retrouve en trois catégories distinctes.

1. Technique
 Les deux mouvements fauts sont en fait précédemment caractérisés par un glissement excessif des hanches vers l'avant, avant l'impact (1), ainsi qu'un glissement excessif des hanches vers l'arrière durant l'amorce (2).

Ce peut être causé par un mauvais alignement de l'élan, à quel point les hanches sont mal alignées à un moment précis de l'élan. Il arrive souvent qu'un

En élan couchant sur le dos, alignez les hanches et les genoux parallèles à l'axe de l'élan, tout en maintenant vos deux pieds sur le terrain. Équilibrez les genoux en gardant les genoux dans la même position. Vous obtenez une meilleure rotation des hanches.

Dans cet exercice, un mouvement de position initiale. Les hanches descendront dans et en bas de la position de genoux à droite.

Dans cette situation, c'est le haut du corps qui demeure stable et c'est le bassin qui doit tourner de gauche à droite.

Avis de radiation ou de limitation et de suspension du droit d'exercice

Avis est par les présentes donné, conformément à l'article 182.9 du *Code des professions*, que, par décision du Bureau de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, rendue le 23 mars 2007, le droit d'exercice de Monsieur Jacques Viel (permis P 79094), membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec et dont le domicile professionnel est sis dans le district de Montréal, soit limité par l'obligation d'obtenir une évaluation faite par un physiothérapeute accompagnée de l'orientation de traitement ou un diagnostic médical non limité aux symptômes accompagné de l'orientation de traitement avant

d'entreprendre un traitement de physiothérapie. La limitation du droit d'exercice est valide jusqu'à ce que Monsieur Jacques Viel ait rencontré l'obligation de suivre et compléter avec succès les cours imposés par le Bureau, de même que jusqu'à ce qu'il ait suivi et complété avec succès un stage de perfectionnement. Cette décision demeure en vigueur jusqu'à ce que Monsieur Viel fournisse au Bureau la preuve attestant la réussite des cours et stage.

Louise Bleau, pht, D.É.S.S.

Secrétaire générale de l'Ordre

Note: En date du 1^{er} avril 2007, Monsieur Viel ne s'est pas réinscrit au Tableau des membres pour l'année 2007-2008. La décision d'un Bureau est donc suspendue et prendra effet uniquement en cas de réinscription au Tableau.

Avis de radiation temporaire

Avis est par les présentes donné, conformément au 5^e alinéa de l'article 156 et l'article 180 du *Code des professions* que, par décision du Comité de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, rendue le 24 avril 2007, Monsieur Benoît Martel (permis P81018), membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec et dont le domicile professionnel est sis à Sherbrooke, district de Saint-

François, est radié pour une période de deux semaines puisque celui-ci a posé des gestes déplacés sur la personne de sa cliente, en utilisant un traitement non requis médicalement.

Cette décision est en vigueur du 26 mai 2007 au 8 juin 2007.

La secrétaire du Comité de discipline

Les INFOS

suite

Tableau des membres (Période du 15 février 2007 au 14 mai 2007)

Bienvenue à toutes
et à tous!

INSCRIPTIONS • Physiothérapeutes:

Al Roujoula, Adel _____ (P07019)
 Baillargeon, Jocelyn _____ (P07042)
 Ball, Chantal _____ (P07043)
 Bartlema, Tjerk _____ (P07023)
 Cameron, Shaun _____ (P07068)
 Camel, Véronique _____ (P07044)
 Costa, Camille _____ (P07036)
 Crevier-Chabot, Nathalie _____ (P07037)
 Doucet, Lorraine _____ (P06376)
 Dubé, Marthe _____ (P06384)
 Epstein, Yagil _____ (P07045)
 Fitch, Daniel _____ (P07058)
 Fontaine, Isabelle _____ (P07046)
 Gallou, Chantal _____ (P07047)
 Gendron, Alison _____ (P07048)
 Kumar, Nishanth _____ (P07049)
 Lafontaine, Cindy _____ (P07061)
 Little, Heather _____ (P07050)
 Mainella, Christopher _____ (P07052)
 McShane, Shannon _____ (P07051)
 Mercier, Jennifer _____ (P07002)
 Morin, François _____ (P07053)
 Pilla, Matthew _____ (*P06379)
 Romulus, Marie-Christina _____ (P07008)
 Roy, Monomita _____ (P07054)
 Schuster, James Michael _____ (P07055)
 Shallwani, Shirin _____ (P07038)
 Simmonds, Maureen J. _____ (P07018)
 Vourantonis, Olivier _____ (P07057)
 Yung Angela Lok Kee Francisca _____ (P07056)

* Indique un permis temporaire

INSCRIPTIONS • Thérapeutes
en réadaptation physique

Alix, Véronique _____ (T07067)
 Asselin, Guillaume _____ (T07009)
 Beaudoin Lowry, Rose _____ (T07026)
 Bélisle, Audrey _____ (T07001)
 Bergeron, Martin _____ (T07025)
 Bilodeau, Joannie _____ (T07012)
 Bolduc-Tremblay, Marie-Hélène _____ (T06383)
 Boucher, Emilie _____ (T07065)
 Boudreault, Christine _____ (T07007)
 Bourdeau, Catherine _____ (T07066)
 Caissy, Véronique _____ (T07033)
 Campbell, Jonathan _____ (T07032)

Caron-Chassé, Raphaël _____ (T07035)
 Chamberland, Mireille _____ (T07070)
 Charbonneau, Roxane _____ (T07030)
 Daigneault, Marie-Michelle _____ (T07015)
 Desautels, Philippe _____ (T07031)
 Dubé, Magalie _____ (T07005)
 Dubé, Vanessa _____ (T07029)
 Duchesne-Robertson, Sandie _____ (T07014)
 Gagné, Isabelle _____ (T07041)
 Gagné-Daigle, Georges-Étienne _____ (T06380)
 Gagnon, Hélène _____ (T07064)
 Gamache, Maude _____ (T06381)
 Gibeault, Naomi _____ (T07076)
 Gingras, Véronique _____ (T07069)
 Girard, Stéphanie _____ (T07016)
 Grenier, Mélissa _____ (T07004)
 Guilmette, Karen _____ (T07013)
 Houle, Audrey _____ (T07074)
 Janelle, Amélie _____ (T07071)
 Joly, France _____ (T07059)
 Julien, Joannie _____ (T07021)
 Lachance, Ian _____ (T06382)
 Lapointe, Cynthia _____ (T07022)
 Larose, Priscilla _____ (T07072)
 Larouche, Karine _____ (T07020)
 Lavoie, Janike _____ (T07075)
 Leroux, Caroline _____ (T07062)
 Lessard, Elise _____ (T07027)
 Lessard-St-Pierre, Jessica _____ (T07010)
 Major, Marc-André _____ (T07073)
 Maltais, Mylène _____ (T07017)
 Martel, Mélissa _____ (T07039)
 Morin, Eve _____ (T07040)
 Ouellette, Marie-Hélène _____ (T07077)
 Pelletier, Michelle _____ (T07006)
 Poirier, Audrée _____ (T07024)
 Ross-Larocque, Isabelle _____ (T07034)
 Rousseau, Pascal _____ (T07028)
 Sauvageau, Serge _____ (T07063)
 St-Arnaud, Karine _____ (T06378)
 Tardif, Stéphanie _____ (T07003)
 Tremblay, Alexandra _____ (T07060)
 Tremblay, Marie-Eve _____ (T07011)
 Wilson, Valérie _____ (T06377)

RÉINSCRIPTIONS AU TABLEAU DES
MEMBRES

Angers, Michèle _____ (P99126)
 Beauchamp, Karine _____ (T03289)
 Beaudry, Marjolaine _____ (T02682)
 Bellavance, Sophie _____ (P00072)

Breton, Mylène _____ (P95072)
 Caretta, Sophie _____ (T02950)
 Charest, Céline _____ (P77059)
 Coté, Marie-Eve _____ (T03679)
 De Guise, Julie _____ (T02727)
 Fournier, Charlotte _____ (T03699)
 Gagnon, Chantal _____ (P99149)
 Haswell, Adrienne _____ (P98054)
 Huppé, Lucie _____ (T03944)
 Labbé, Mélissa _____ (T02954)
 Lachance, Annie _____ (P93163)
 Lafontaine, Michelle _____ (P81062)
 Lam, Yen-Nhi _____ (P99049)
 Lepage, Véronique _____ (T02845)
 Leroux, Patrick _____ (P99111)
 Létourneau, Ruth _____ (P02035)
 Malo, Josée _____ (P91059)
 Martel, Annie _____ (P98100)
 Normandin, Mélissa _____ (T03241)
 Pichette, Guylaine _____ (T04104)
 Pineau, Françoise _____ (P73371)
 Rochon, Lydia _____ (P03542)
 Simard, Véronique _____ (T03628)
 Tortorici, Linda _____ (P00027)
 Trahan, Chantal _____ (P00065)
 Turgeon, Annie _____ (P99055)
 Vigeant, Sophie _____ (P00067)
 Webster, Nathalie _____ (T02725)

NON-RENOUVELLEMENT
du permis temporaire par l'Office
de la Langue Française du Québec

Tremble, Tracy _____ (P04450)
 Verdone, Sabrina _____ (T03893)

RADIATIONS
(non-paiement de la cotisation)

Abbott, Joanne _____ (P04076)
 Adam, Julie _____ (P88135)
 Allard, Marie-France _____ (P03974)
 Alphonse, Nadine _____ (T04149)
 Arcand, Isabelle _____ (T06107)
 Archambault, Roxane _____ (T03426)
 Arguin, Isabelle _____ (T02700)
 Artzi, Gabriela _____ (P87141)
 Asselin, Eliane _____ (T04135)
 Aubin, Andrée _____ (P86047)
 Aubin, Jean-Claude _____ (P76003)
 Austin, Karin _____ (P73019)
 Badra Quirion, Karine _____ (P05346)

Les INFOS

suite

Tableau des membres (suite) RADIATIONS (non-paiement de la cotisation)

Barrette, Carole _____	(P73197)	Dallaire, Christian _____	(T06235)	Godin, Geneviève _____	(T03620)
Barrette, Catherine _____	(T02217)	Darling, Ruth _____	(P73112)	Gosselin, Carolyne _____	(T04186)
Bassil, Michel _____	(T02285)	Davallou-Fazel, Sheila _____	(P88155)	Gosselin, Marie-Christine _____	(T05087)
Beaulieu, Eric _____	(P02109)	Davis, Jennifer _____	(P00022)	Goulet-Robitaille, Anais _____	(P99144)
Bédard, Geneviève _____	(P92082)	De Falkenstein, Gabrielle _____	(T04472)	Goulet, Marie-Christine _____	(T05328)
Bélanger, Annie _____	(P02148)	Delisle, Nathalie _____	(P06132)	Goyer, Caroline _____	(T05068)
Bélanger, Lyne-Chantale _____	(T03330)	Denault-Cyr, Suzette _____	(P73100)	Groulx, Catherine _____	(T02991)
Bélanger, Sara _____	(T04137)	Denoncourt, Josiane _____	(P99102)	Guimond, Jeannic _____	(T03861)
Belley, Marie-Eve _____	(T04080)	Desbois, Odile _____	(P99039)	Guimont, Sophie _____	(T02641)
Bernier, Nadia _____	(T02631)	Descoteaux, Cédric _____	(T05160)	Haché, Mylène _____	(P04266)
Bérubé, Mélissa _____	(T03157)	Désilets-Ménard, Émilie _____	(T03423)	Halde, Serge _____	(P89020)
Bérubé, Stéphanie _____	(T02893)	Desjardins, Jolyane _____	(T03307)	Han, Tue-Hanh _____	(P94107)
Bies, Sandra _____	(P73504)	Després, Christine _____	(P98046)	Harvey, Elaine _____	(T02923)
Bisson, Céline _____	(P01108)	Desrosiers-Heebner, Suzanne _____	(P91057)	Harvey, Jacqueline _____	(P73222)
Blondeau-Dugré, Christiane _____	(P73584)	Dorion, Michelle _____	(P03538)	Hébert, Katia _____	(P93033)
Boissonneault, Pierrette _____	(P73045)	Douchin, Rachel _____	(T04452)	Hébert, Marc-André _____	(P04042)
Boivin, Karine _____	(T03414)	Dubuc, Nathalie _____	(T03490)	Ho, Sharon _____	(P03551)
Boivin, Stéphanie _____	(T03415)	Ducharme, Isabelle _____	(T02269)	Houle, Marc _____	(P97115)
Bouchard, Alain _____	(P73050)	Dufort, Lyse _____	(P74072)	Hunt, Matthew _____	(P97095)
Bouchard, Josée _____	(T02720)	Duguay, Luce _____	(P73269)	Iskenderian, Khoren _____	(P06036)
Bourassa, Danièle _____	(P73046)	Duguay, Marie-Lyane _____	(T04189)	Jean, Elizabeth _____	(T03410)
Boutet, Lucie _____	(T03543)	Dupuis, Maureen _____	(P73137)	Jeha, Jossline _____	(P03583)
Boyle, Penny _____	(P05292)	Durand, Chantal _____	(T04148)	Joncas, Freda _____	(T02987)
Brazeau, Guylaine _____	(T02535)	El Khoury, Rachid _____	(P95008)	Jourdain, Mélanie _____	(T03587)
Brien, Marie-Christine _____	(T03137)	Estime, Nathalie _____	(P01028)	Juneau, Christiane _____	(P73151)
Brunton, Laurie _____	(P02102)	Falardeau, Eric _____	(P02068)	Keskull, Sondra _____	(P73292)
Cabot, Roslyn _____	(P73065)	Fecteau, Josianne _____	(P03882)	Labenski-Blench, Lucie _____	(P73042)
Campeau, Marise _____	(P96032)	Fecteau, Luc _____	(P01068)	Lacasse, Guylaine _____	(P92117)
Carbonneau, Luc _____	(T03798)	Ferland, Olivier _____	(T04481)	Lacasse, Tina-Sophie _____	(T03682)
Caron, Jocelyne _____	(P73070)	Fortin, Patricia _____	(T03505)	Lachance, Karine _____	(T02912)
Caron, Mélanie _____	(P97078)	Fortin, Réginald _____	(P73158)	Lachance, Nathalie _____	(T04289)
Caron, Mylène _____	(P03535)	Fournier-Hénault, Marie-Eve _____	(P05235)	Lachance, Olivier _____	(T02878)
Carrier, Bryan _____	(T04237)	Fournier, Marie _____	(P73160)	Lacossade, Pauline _____	(P06149)
Carrier, Sonia _____	(P97065)	Fréchette, Marie-Thérèse _____	(P73164)	Lacroix, Natasha _____	(T03328)
Castonguay, Véronique _____	(P04160)	Fredette, Sophie _____	(P00089)	Laflamme, Véronique _____	(T04125)
Cau, Eléonora _____	(P02016)	Gagné, Michel _____	(P00035)	Lagace-Nadon, Sarah _____	(P06054)
Cavanagh, Julie _____	(T04500)	Gagnon-Marcoux, Marielle _____	(P73301)	Lajoie, Valérie _____	(T04077)
Chaouqi, Mounia _____	(T04405)	Gagnon, Pierre-Luc _____	(T04490)	Lam, Yen-Nhi _____	(P99049)
Charbonneau, Evelyne _____	(T03380)	Gagnon, Shirley _____	(P73165)	Lamarre, Julie _____	(P03532)
Charest, Lyne _____	(P82102)	Gagnon, Steeve _____	(T04032)	Lamontagne, Edith _____	(T03403)
Chouinard, Marie _____	(P73041)	Gagnon, Yves _____	(P01080)	Lamontagne, Marie-Chantal _____	(T02763)
Chrétien, Marie-Claude _____	(P05339)	Gaudin, Sylvie _____	(P80129)	Lamy, Marilou _____	(P92078)
Collins, Mélissa _____	(P98050)	Gaudreault, Syndia _____	(T02647)	Landry, Daniel _____	(P02045)
Coté, Emmanuelle _____	(T06199)	Gauthier, Geneviève _____	(T05075)	Landry, Marie-Eve _____	(T02967)
Coté, Evelyne _____	(T04269)	Gauthier, Luc _____	(T03311)	Landry, Sandra _____	(T04318)
Coté, Odette _____	(T03299)	Gauthier, Sandra _____	(P05205)	Landry, Steve _____	(T05247)
Coulombe, Lise _____	(T02854)	Gédéon, Marie-Carmel _____	(P94048)	Lanthier, Marie-Eve _____	(P01046)
Courchesne, Isabel _____	(P04150)	Gelber, Debra _____	(P99018)	Lapalme, Ginette _____	(P73419)
Crête, Mélanie _____	(P97121)	Gendron, Anick _____	(P02037)	Laplace Renée _____	(T02163)
Crochetière, Annie _____	(T02398)	Gervais, Sylvie _____	(T06333)	Larochelle, Nicole _____	(P75031)
Cronin, Marie-Eve _____	(T02248)	Giroux, Karine _____	(T02776)	Latreille, Denise _____	(P04408)
Cyr, Caroline _____	(P91121)	Giroux, Marise _____	(P00059)	Lauzon, Caroline _____	(T03599)
Daigle, Annie _____	(T05103)	Giroux, Suzanne _____	(P73193)	Lavigne, Julie _____	(P99138)

Les INFOS

suite

Tableau des membres (suite) RADIATIONS (non-paiement de la cotisation)

Lavoie, Julie _____ (T03829)	Noel, Martine _____ (P02009)	Sandman, Emilie _____ (P06043)
Leclerc, Eric _____ (T03237)	Noel, Mélissa _____ (T04487)	Savard, Valérie _____ (P05246)
Lecours, Lucie _____ (P76049)	Ouellet, Bernise _____ (P76016)	Scalia, Lina _____ (P73546)
Lee, Penny _____ (P00158)	Ouellet, Karina _____ (T02886)	Senneville, Annie _____ (T02233)
Lemay, Elaine _____ (P73276)	Ouellette, Hélène _____ (T02994)	St-Martin, Jacinthe _____ (T02367)
Lemay, Emilie _____ (P04155)	Paradis, Isabelle _____ (T02349)	Taillon, Suzanne _____ (P89200)
Lemay, Jean-François _____ (P02057)	Parent, Eric _____ (P94155)	Talbot, Marie-Pier _____ (P03988)
Lemay, Louise _____ (P73264)	Parent, Martin _____ (P98114)	Tambakopoulos, Amanda _____ (P04285)
Lemieux, Marlène _____ (T02236)	Pelletier, Maude _____ (P06215)	Tarasuk, Jill _____ (P90253)
Lemieux, Valérie _____ (T03406)	Perreault, Emilie _____ (T03646)	Tellier, Nathalie _____ (P83119)
Léonard, Sophie _____ (T03875)	Perreault, Nathalie _____ (P94189)	Tessier, Marie-Claude _____ (T02381)
Leong, Ka Wai _____ (P06264)	Pichard, Linda _____ (P82010)	Tessier, Marie-France _____ (P02070)
Lépine, Sophie _____ (P99067)	Pilon, Marie-Hélène _____ (P99046)	Thébaud, Nathalie Idelette _____ (P73369)
Lessard, Gisèle _____ (T03612)	Pineault, Christian _____ (T04406)	Thibodeau, Geneviève _____ (P00147)
Létourneau, Julie _____ (P01147)	Pinsonneault, Miryam _____ (T05143)	Tierney, Linda _____ (P73442)
Levesque, Louis-Marie _____ (P73287)	Plante, Julie _____ (P97125)	Tremblay, Lise _____ (T03452)
Levesque, Véronique _____ (T04175)	Plante, Miriane _____ (T04485)	Tremblay, Lori _____ (T04248)
Lisbona, Glenda _____ (P73511)	Plourde, Sophie _____ (T04050)	Trudel, Christine _____ (P78106)
Longtin, Chantal _____ (T02729)	Préfontaine, Marsha _____ (P02051)	Truong, Ailan _____ (P00051)
Lyman, Sophie _____ (T03482)	Proteau, Véronique _____ (T02640)	Turner, Josiane _____ (T06175)
Mac Donald, Tanya _____ (P05170)	Proulx, Stéphanie _____ (T06232)	Turner, Lianna _____ (P99009)
Maes, Cindy _____ (T02726)	Psarianos, Maria-Elena _____ (P86065)	Viel, Jacques _____ (P79094)
Maheu, Philippe _____ (P05113)	Raby, Chantal _____ (P89118)	Vigneault, Louise _____ (T03662)
Majeau, Sylvie _____ (P84044)	Roberge, Julie _____ (T03450)	Vu, Thi Thu Giang _____ (P99082)
Malouin, Francine _____ (P73409)	Roberge, Nadia _____ (T03360)	Wilson, Nicholas _____ (P04244)
Maltais, Claudette _____ (P73459)	Robert, Michèle _____ (P73270)	Yelle, Michel D. _____ (P01098)
Marcil, Meghan _____ (P05049)	Rodriguez, Ana-Maria _____ (P04239)	Zimmermann, Gertraud _____ (P73488)
Marcoux, Lucie _____ (T02754)	Ropeleski, Lindsay _____ (P06352)	
Marier, Catherine _____ (T05152)	Roscoe, Kim _____ (P05223)	
Marois, Geneviève _____ (T02711)	Rossignol, Nathalie _____ (T03446)	
Martin, Caroline _____ (T05134)	Roy, Francine _____ (T03634)	
Martin, Marie-Eve _____ (T02404)	Roy, Nancy _____ (T03167)	
McFadden, Mark _____ (P97005)	Saindon, Maryline _____ (T02288)	
McJannet, Jillian _____ (P03891)	Samson, Anik _____ (T05275)	
Meilleur, Valérie _____ (T02866)		
Mercier, Josée _____ (P05309)		
Mercille, Karine _____ (T04357)		
Métivier, Claudette _____ (P73313)		
Michaud, Andrée-Anne _____ (P02126)		
Milevoy, Lilian _____ (P87134)		
Milot, René _____ (T03684)		
Moffatt, Claudia _____ (P00117)		
Monty, Alice _____ (P73327)		
Monzerolle, Linda _____ (T03045)		
Moreau, Bianca _____ (T05089)		
Moreault-Roy, Micheline _____ (P73399)		
Morel, Jean-Guy _____ (P74040)		
Morin, Caroline _____ (P96087)		
Morin, Judith _____ (P97108)		
Morin, Julie _____ (T05208)		
Morissette, Jocelyne _____ (T03477)		
Morneau, Geneviève _____ (T03017)		
Munger, Joannie _____ (T04209)		

MEMBRE DÉCÉDÉE

Côté, Chantal _____ (P85124)

Non, désolé. Je ne fais pas de deux-pour-un pour les jumeaux.

