

Bulletin de nouvelles de l'Association canadienne des paraplégiques (Manitoba) Inc.

ParaTracks

Dans ce numéro :

~ Amène ton député au travail avec toi pour la journée

Également dans ce numéro :

~ Mois de sensibilisation à l'emploi des personnes handicapées

~ Mise en œuvre de la Loi sur l'accessibilité pour les Manitobains

*~ La stimulation électrique se montre prometteuse pour guérir
les plaies de pression*

~ Perspectives autochtones sur le deuil

L'ACP offre ses condoléances aux familles des personnes suivantes décédées récemment :

William Brown

John Dodds

Paul Gilbert

Manjit Kaur

Moe Lerner

Sarah Nordin

Idelta Tavares

Adam Yogis

Beverley Gay McDonald

Samuel Cabigas

John Dyck

John Kathler

Walter Kiryluk

Dan Letwyn

Warren Morrisseau

Roman Sydor

Janet Vickers

Conseil d'administration de l'ACP

*Art Braid**

Patti Bonas – vice-présidente

Pauline Day

*Corrine Deegan**

Jeannette Gougeon

Lyall Hallick

*Dan Joannis**

Barbara Rapson

Leonard Steingarten – président*

Adam Terwin – trésorier

Tim Toor

*John Wyndels**

**personne médullolésée*

NOUS AVONS BESOIN DE VOS COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

Qu'aimeriez-vous lire dans les prochains numéros de *ParaTracks*?

Nous nous efforçons de publier des articles et des annonces de commerces susceptibles d'intéresser nos membres. Afin de continuer dans cette voie, nous avons besoin de savoir ce que vous pensez. Sans la rétroaction des membres de l'ACP, nous ne sommes pas certains de vous offrir l'information dont vous avez besoin.

Nous vous invitons à prendre un moment pour nous faire part de vos commentaires et suggestions. Y a-t-il un article que vous avez trouvé intéressant? Qu'avez-vous aimé dans ce numéro de *ParaTracks*? Y a-t-il quelque chose qui vous a déplu?

Veillez faire parvenir vos commentaires par courriel à aconley@canparaplegic.org ou par téléphone au 204-786-4753 ou au 1-800-920-4933, poste 222.

Avis de non-responsabilité :

L'ACP (Manitoba) Inc. n'endosse ni ne garantit aucun des produits ou services annoncés dans *ParaTracks*. Les lecteurs sont fortement invités à faire leurs propres recherches sur les produits et les entreprises qui font de la publicité avant d'acheter. Les textes qui paraissent dans *ParaTracks* ne peuvent être reproduits sans l'autorisation écrite de l'ACP (Manitoba) Inc. Veuillez prendre

note que les opinions exprimées dans *ParaTracks* sont celles de leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'ACP Manitoba.

Mise en œuvre de la *Loi sur l'accessibilité pour les Manitobains*

John Wyndel

Il y a près de quatre ans, le gouvernement du Manitoba s'est engagé à rendre le Manitoba plus accessible à toute la population. Adoptée en 2013, la *Loi sur l'accessibilité pour les Manitobains* a reçu l'appui de tous les partis. Elle a pour objectif principal d'identifier, de prévenir et d'éliminer les obstacles à la participation de tous à la vie de la collectivité.

À la suite de la consultation du milieu des affaires et de la communauté des personnes handicapées, des normes ont été établies pour déterminer ce qui doit être fait, par qui et quand. Ces normes accordent une attention particulière à cinq domaines de la vie quotidienne :

- le service à la clientèle (adoptée en novembre 2015),
- l'emploi (donnez-nous votre avis sur la norme proposée),
- l'information et les communications (en cours d'élaboration),
- les moyens de transport,
- le milieu bâti (espaces publics).

Plutôt que de porter sur l'incapacité en tant que tel, la Loi vise à éliminer les obstacles posés par les structures et les espaces inaccessibles, ainsi que par la manière dont l'information est communiquée. La technologie peut soit créer des obstacles ou en accroître le nombre, soit servir à les réduire. Les politiques et les pratiques courantes peuvent elles aussi créer des obstacles systémiques. Cependant, les attitudes et les comportements négatifs constituent souvent les plus grands obstacles à éliminer.

Progrès relatifs à la mise en œuvre de la norme d'accessibilité dans le domaine du service à la clientèle

Depuis le mois de novembre 2018, offrir des services accessibles c'est la loi au Manitoba et les entreprises, les petites municipalités et les organismes sans but lucratif doivent avoir mis en œuvre des politiques conformes aux exigences de la norme relative au service à la clientèle, adoptée en vertu de la *Loi sur l'accessibilité pour les Manitobains*. Ces exigences comprennent :

- répondre aux besoins de communication des clients,
- permettre des dispositifs d'assistance,
- accueillir les personnes de confiance,
- accueillir les personnes accompagnées d'un animal d'assistance,
- revoir les barrières physiques à l'accès,
- informer les clients lorsque des services accessibles ne sont pas disponibles,
- inviter les clients à fournir de la rétroaction,
- faire en sorte que les employés reçoivent une formation axée sur un service à la clientèle accessible.

Si vous désirez en savoir davantage sur la *Loi sur l'accessibilité pour les Manitobains* et la norme relative au service à la clientèle, visitez le site www.accessibilitymb.ca. Ce site Web contient de l'information et des ressources pour tous, que vous soyez le prestataire ou le récipiendaire de services à la clientèle.

Poursuite de l'élaboration des normes d'accessibilité

La dernière étape de consultation du public sur la norme d'accessibilité dans le domaine de l'emploi a pris fin récemment. Toutes les soumissions seront étudiées et, si le ministre le juge approprié, la norme sera modifiée avant d'être soumise au Cabinet pour approbation.

L'emploi est un domaine où les obstacles dans les pratiques de recrutement, de sélection et de rétention défavorisent depuis longtemps les personnes handicapées, ce qui entraîne une sous-représentation disproportionnée de leur part dans les milieux de travail et sur le marché du travail.

La norme d'accessibilité dans le domaine de l'emploi a pour objectif d'identifier les mesures que les employeurs devraient prendre pour éliminer les obstacles à toutes les étapes de l'emploi pour les personnes handicapées.

Les travaux ont déjà commencé sur la troisième norme d'accessibilité, à savoir, celle relative à l'information et aux communications. Cette norme établira les exigences que les organismes auront à respecter pour créer et fournir de l'information et des communications accessibles aux personnes handicapées et pour en recevoir. Cela englobe l'information et les communications, que ce soit en personne, par écrit ou en version électronique.

Le comité d'élaboration de la norme relative à l'information et aux communications se réunit régulièrement depuis plusieurs mois. On s'attend à ce qu'un projet de norme d'accessibilité relative à l'information et aux communications soit disponible pour commentaires et consultation publique au printemps 2018.

Pour en savoir davantage sur la *Loi sur l'accessibilité pour les Manitobains*, nous vous encourageons à visiter www.accessibilitymb.ca.

Pendant que vous y êtes, vous pouvez également vous abonner à *Accessibility News*, un bulletin d'information publié tous les deux mois et qui comprend des conseils, des mises à jour sur les normes et des exemples de bonnes pratiques.

Amène ton député au travail avec toi pour la journée

Scott Coates

En octobre 2017, j'ai participé au mois « Amène ton député au travail avec toi » (“Take Your MLA to Work Month”). J'y ai eu le plaisir de rencontrer Flor Marcelino, député du comté de Logan. Mme Marcelino et quelques membres du personnel de l'ACP sont venus à l'endroit où je travaille, où nous avons discuté des rôles que les personnes handicapées remplissent sur le marché de la main-d'œuvre et de la contribution qu'ils y apportent. Je crois que ce genre d'initiatives est

important afin d'informer les membres du gouvernement à ce sujet et de les sensibiliser à l'importance d'embaucher des personnes handicapées. Elles peuvent aussi servir à développer une main-d'œuvre plus inclusive au Manitoba.

La rencontre avec Madame Marcelino a permis d'accroître la sensibilisation aux succès des personnes handicapées sur le marché du travail et aux difficultés qu'ils y rencontrent. Grâce à l'appui d'organismes comme l'ACP, l'importance d'embaucher des personnes handicapées fait son chemin. De plus, on est mieux renseigné quant à ce qui peut les aider à devenir des citoyens valables et productifs de notre société.

Madame Marcelino m'a invité, de même que l'ACP, à être ses invités à l'Assemblée législative du Manitoba.

Elle avait fait une déclaration à ses collègues pour les informer de la façon dont les services de l'ACP servent à appuyer les personnes médullolésées, à les guider et à promouvoir la cause de ceux qui veulent retourner au travail. Je suis reconnaissant envers l'ACP d'avoir été l'un de ceux qui ont bénéficié de ses services. Grâce à son soutien, j'ai pu participer à un plan d'orientation professionnelle qui m'a permis d'obtenir un diplôme professionnel et de retourner à l'emploi du gouvernement fédéral. La présentation de Madame Marcelino à ses collègues et la couverture des médias serviront à sensibiliser la communauté des affaires à embaucher des personnes handicapées et à favoriser ainsi des milieux de travail plus inclusifs.

ASSEMBLÉE LÉGISLATIVE DU MANITOBA

Déclaration de Madame Flor Marcelino **députée de Logan**

le 22 novembre 2017

Mois de sensibilisation à l'emploi des personnes handicapées

Madame la Présidente, à l'heure actuelle le taux d'emploi des personnes handicapées est de 17,9 %. Cependant, une fois ces personnes embauchées, leur taux de rétention par les employeurs est de 72 %. Des études ont montré que 90 % des personnes handicapées peuvent travailler de manière aussi productive – ou même davantage – que leurs collègues. Au mois d'octobre, nous avons célébré le Mois de la sensibilisation à l'emploi des personnes handicapées et, dans le cadre de cette célébration, j'ai été invitée à participer à la journée « Invite ton député au travail pour la journée ».

C'est l'occasion pour nous de reconnaître les obstacles auxquels les personnes handicapées sont confrontées en milieu de travail. L'activité « Invite ton député au travail pour la journée » souligne l'apport des Manitobaines et Manitobains handicapés à l'établissement d'une main-d'œuvre saine, productive et inclusive au Manitoba.

En l'honneur du Mois de la sensibilisation à l'emploi des personnes handicapées, j'ai invité M. Scott Coates, gestionnaire de cas en réadaptation au service des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada. Il a reçu l'appui de l'Association canadienne des paraplégiques (Manitoba), un organisme qui travaille tous les jours pour s'assurer que les personnes handicapées mènent une vie qui correspond à leur potentiel. Elle fait aussi la promotion de milieux de travail inclusifs auprès des employeurs. C'était encourageant d'entendre Scott raconter l'histoire de son rétablissement remarquable à la suite d'un accident et d'être témoin de la vie pleine de sens qu'il mène aujourd'hui.

Rien que cette année, l'Association canadienne des paraplégiques (Manitoba) a fourni des services à 1 374 membres qui, comme Scott, reçoivent de l'aide pour repérer des possibilités d'emploi et mener une vie productive et enrichissante. Le taux d'emploi de l'Association est de 25,3 %, soit 10,2 % de plus que la moyenne nationale d'emploi des personnes handicapées.

En 2013, la Banque de Montréal a mené une étude qui révélait que seulement trois petites entreprises sur dix au Canada embauchaient des personnes handicapées. Il existe donc encore des barrières et de la discrimination lorsqu'il s'agit d'embaucher ces personnes. Espérons que l'activité « Invite ton député au travail pour la journée » amènera les entreprises hésitantes à réfléchir à cet état de choses, alors que nous cherchons tous à faire notre part pour sensibiliser la population à l'importance de créer des milieux de travail inclusifs.

J'invite mes collègues à se joindre à moi pour souhaiter la bienvenue à Scott Coates et à Ron Burky et à remercier l'Association canadienne des paraplégiques (Manitoba) pour son précieux engagement envers la promotion et le renforcement du soutien à l'emploi des personnes handicapées dans notre province. Votre travail est d'une valeur inestimable pour nous et nos collectivités.

Je vous remercie.

La stimulation électrique se montre prometteuse pour guérir des plaies de pression résistantes aux traitements conventionnels

Entrevue avec Daryl Dyck et Cara Windle du centre Deer Lodge

Kelly Tenant

Dernièrement, j'ai eu l'occasion de rencontrer Daryl Dyck, infirmier clinicien spécialiste, et Cara Windle, chef des services cliniques en physiothérapie, qui ont tous retenu l'attention des personnes œuvrant dans le domaine du traitement des plaies, ceci à la suite du succès considérable qu'ils ont connu en utilisant la stimulation électrique pour aider à fermer une plaie de pression d'un résident de Deer Lodge, laquelle avait résisté à la guérison depuis deux ans.

ACP : Tout d'abord, j'aimerais que vous nous expliquiez en quoi consiste votre travail à Deer Lodge.

Daryl Dyck : Je suis l'un de deux infirmiers cliniciens spécialistes dans ce centre d'hébergement. Mon travail est de nature clinique, mais il change de temps en temps. Il s'agit dans un premier temps d'offrir un soutien clinique au personnel infirmier pour les cas difficiles. Il y a aussi la recherche, l'élaboration de politiques et de procédures, et un peu de travail avec les systèmes de soutien. Je suis un spécialiste agréé en traitement des plaies. Quand je réponds à des demandes de consultation clinique, il s'agit surtout de problèmes de dermatologie ou de plaies.

Cara Windle : Je suis responsable des services cliniques en physiothérapie à Deer Lodge. Mon rôle consiste à appuyer et à superviser le travail des physiothérapeutes auprès des résidents du centre et des clients du programme de consultation externe. En ce qui concerne la stimulation électrique, elle fait partie de notre recherche constante d'approches nouvelles et innovatrices. Il s'agit là d'un domaine nouveau pour les physiothérapeutes au Manitoba. Selon nous, Deer Lodge est le premier endroit à faire l'essai de ce traitement.

ACP : Qu'est-ce qui vous a amené à essayer la stimulation électrique avec ce résident en particulier?

Daryl : C'est une bonne question. Ça n'a pas été aussi simple que de se dire : Voilà un résident; essayons ça sur lui. L'un de nos grands défis a été de nous pencher sur les recherches et établir des critères de sélection. Quel résident serait le plus apte au traitement? Qui ne le serait pas? La personne que nous avons choisie acceptait de se prêter à l'essai du traitement et avait le type de lésion qui répond bien à la stimulation électrique. Il avait cette lésion depuis assez longtemps et semblait donc bien convenir à notre thérapie. Rien d'autre n'avait fonctionné, alors on s'est dit « Pourquoi pas? »

ACP : Lorsque vous dites que ce patient avait le type de blessure qui réagit le mieux à la stimulation électrique, quelles sont les caractéristiques d'une telle blessure?

Daryl : Une plaie de pression avait engendré sa blessure qui était devenue chronique. De plus, ce résident n'avait pas certaines des contre-indications au traitement, telle une infection des os ou des signes de cancer. Enfin, il n'y avait pas de pression à l'endroit du corps où se trouvait la blessure. Il suffisait peut-être d'un peu de stimulation électrique pour en déclencher la guérison.

ACP : Comment la stimulation électrique fonctionne-t-elle?

Cara : Une mauvaise circulation est l'une des raisons pour lesquelles une plaie ne guérit pas. La stimulation électrique améliore la circulation dans la partie du corps affectée. Il y a un certain nombre de choses qui se passent au niveau cellulaire. La stimulation électrique a pour effet de rétablir le courant électrique à la surface de la peau. Nous avons tous en temps normal un courant électrique à la surface de la peau. Dans le cas d'une lésion chronique, ce courant est affecté négativement.

ACP : Est-ce que la stimulation électrique a des propriétés antibactériennes? Par exemple, est-ce que ça pourrait être efficace dans le cas d'une infection ou d'une colonisation de surface par des bactéries?

Daryl : Les bactéries vont coloniser une lésion chronique. Certaines recherches ont démontré que la stimulation électrique a un certain effet antimicrobien. Cependant, ce n'est pas là sa fonction principale. Ce n'est pas une action antibactérienne qui va aider à guérir ou à fermer une plaie.

ACP : Est-ce que les paramètres de la stimulation changent en fonction du type, de la taille ou de l'endroit de la plaie?

Cara : Nous avons embauché une physiothérapeute ayant une maîtrise en sciences cliniques avec spécialisation en guérison de plaies. Elle nous a aidés à établir des paramètres appropriés à partir de recherches. L'intensité du traitement dépend de la réaction du patient en ce qui a trait à son degré de sensation ou à la contraction observée de ses muscles. Ça n'a pas besoin d'être une sensation intense et ça ne devrait jamais être douloureux. Les paramètres en soi sont complexes et c'est pourquoi les physiothérapeutes peuvent aider à traiter une lésion comme celle-ci, car ils sont habitués à se servir de la stimulation électrique. Nous nous en servons pour le contrôle de la douleur et la stimulation des muscles. Il est important de connaître comment fonctionnent les nerfs et de savoir quel type de stimulation sera le plus efficace.

ACP : Alors vous envoyez des impulsions électriques jusqu'à ce que la personne ressent quelque chose ou qu'une certaine contraction musculaire commence à se manifester?

Cara : Si la personne dit qu'elle ressent une stimulation, l'intensité est jugée adéquate. Si on observe une contraction musculaire, l'intensité est légèrement réduite. Le réglage de l'intensité varie d'une personne à l'autre.

Daryl : Ce qui a posé problème dans le cas de notre résident, c'est qu'il éprouvait peu de sensation en raison de la sclérose en plaques. Nous avons alors consulté notre experte en stimulation électrique qui nous a suggéré un paramètre de départ. Nous avons commencé par des niveaux d'intensité plus bas, afin de nous assurer que ça ne produise pas d'effets nocifs. Il n'y en avait pas et nous avons donc peu à peu augmenté l'intensité, tout en surveillant la réaction de notre patient.

Cara : Nous surveillons constamment toute irritation de la peau. Ce serait là un autre signe que nous administrons une trop forte stimulation.

ACP : Est-ce que les paramètres varient d'un jour à l'autre, selon, par exemple, la qualité du sommeil de la personne, laquelle pourrait affecter son seuil de douleur?

Cara : Ce qui était problématique pour nous, c'est que le patient éprouvait peu de sensation. Étant donné que le patient ne ressentait jamais d'inconfort, nous n'avons donc pas réglé l'intensité de la stimulation en fonction de ce facteur. Si un patient trouvait inconfortable cette intensité, nous ajusterions alors les paramètres au besoin ou cesserions le traitement.

Daryl : Étant donné que nous n'avons constaté ni contraction musculaire dans la jambe traitée, ni irritation de la peau et que le patient ne disait pas ressentir de la douleur, nous avons poursuivi le

traitement. Nous étions là tous les jours, du lundi au vendredi. Tout semblait bien se passer en fonction des paramètres que nous avons établis et nous constatons une amélioration.

ACP : Est-ce que vous pouviez mesurer cette amélioration de jour en jour?

Daryl : Non, plutôt de semaine en semaine, pendant les huit premières semaines. Puis, vint un temps où la plaie ne répondait plus à la stimulation électrique. Nous avons tout de même poursuivi le traitement pendant quelque temps encore. Lorsque nous avons constaté qu'il n'y avait plus d'amélioration, nous l'avons arrêté et repris certains traitements conventionnels qui n'avaient pas donné de résultats auparavant. La stimulation électrique ayant déclenché la guérison de la plaie, ces traitements plus conventionnels ont pris le relais et réussi à fermer complètement la plaie.

Cara : Il pourrait être utile de connaître l'historique du traitement de la plaie en question. Le patient l'avait depuis 2 ans. Plusieurs traitements différents avaient été essayés. Il y avait eu de nombreuses consultations avec des spécialistes, on avait essayé divers médicaments, ainsi que différents pansements pour plaies. Rien n'avait marché. La plaie demeurait toujours ouverte au bout de 2 ans. Nous avons pour objectif initial une réduction de 30 % de la taille de la plaie sur une période de 4 semaines. Nous avons atteint cet objectif et à la 15^e semaine, la plaie avait été réduite de 98 %.

ACP : Y a-t-il des inconvénients au traitement?

Cara : Du point de vue des professionnels de la santé, c'est un traitement qui prend beaucoup de temps. Le traitement lui-même dure 60 minutes. Cependant, il faut d'abord nettoyer la plaie, appliquer les électrodes ainsi qu'un pansement. Il y a des coûts associés au traitement, mais avec le temps, s'il s'avère efficace, ces coûts pourraient être moins élevés que ceux associés aux traitements conventionnels. Là où les gens se montrent réticents, c'est lorsqu'il s'agit d'essayer quelque chose de nouveau, quelque chose qu'ils ne connaissent pas. Il faut savoir choisir la bonne personne qui est prête à tenter l'expérience. Je dirais que ce sont là quelques-uns des défis à relever. Toutefois, ce traitement n'a pas eu d'impact négatif important sur le résident.

Daryl : Je ne pense pas qu'il y ait des inconvénients. Je pense que les avantages l'ont emporté sur les désavantages. C'était excellent de travailler en collaboration sur ce projet et je dirais que le résident en a bénéficié également au plan psychologique, en plus de la guérison de sa jambe. Il a aimé interagir avec nous. À quand remonte la dernière fois où nous avons pu consacrer autant de temps de qualité à un résident?

ACP : Pourquoi pensez-vous que vous êtes le premier groupe à avoir essayé ce traitement au Manitoba?

Cara : À mon avis, la raison, c'est parce que ce traitement ne relève pas que d'une seule discipline. Ça doit se faire en équipe; on a besoin de l'aide des soins infirmiers et possiblement de la physiothérapie. Il faut quelqu'un qui comprend en quoi consiste la stimulation électrique. Ça n'a pas besoin d'être un physiothérapeute. Tout le monde se sent tellement surchargé de travail qu'il est difficile d'avoir la clairvoyance que, si on applique ce traitement pendant une courte période de temps et que nous y consacrons beaucoup de ressources, ça va rapporter à long terme.

Daryl : Bien qu'il y ait des recherches qui ont porté sur cette approche, il n'existe pas à l'heure actuelle de lignes directrices dans notre région sur la façon de l'appliquer. Avant de commencer le traitement lui-même, nous avons mis deux mois à nous renseigner sur le sujet, puis à mettre au point un protocole et un plan de soins au moyen de la stimulation électrique pour ce résident. En ce moment, nous avons pour objectif de rédiger des lignes directrices pour la pratique clinique.

ACP : Qu'est-ce qu'il faudrait faire pour que plus de cliniciens aient recours à ce traitement?

Cara : Nous cherchons à nous associer à quelques partenaires dans la communauté. Ce pourrait être là une source de clients à qui ce type de traitement conviendrait. Il faut trouver les bonnes personnes, parce que nous voulons que le traitement donne de bons résultats. Dans le cas de ce résident, nous n'étions pas certains que nous allions réussir, mais nous y sommes arrivés. Nous avons reçu beaucoup de soutien de la part de la communauté. Plusieurs personnes se sont montrées très intéressées.

Daryl : Il y a un mois, nous avons fait une présentation aux chefs des soins infirmiers de l'Office de la santé de Winnipeg. Pour sa part, le service des soins à domicile s'est montré particulièrement intéressé à s'en servir dans ce milieu de travail. Nous sommes conscients que notre groupe devra probablement faire du mentorat et de l'accompagnement et peut-être participer aux étapes initiales de l'utilisation du traitement par d'autres partenaires des soins de santé.

Cara : Nous sommes disposés à le faire, dans la mesure où le temps nous le permet. Nous sommes limités dans notre disponibilité, en raison de nos responsabilités envers nos clients et notre établissement. D'autres thérapies sont utilisées – telles que la fermeture des plaies par pression négative – qui ne sont pas bien appuyées par des recherches cliniques. Donc, une partie du travail pourrait consister à faire en sorte que les autres professionnels de la santé qui traitent les plaies soient au courant que la stimulation électrique est une option à envisager.

ACP : Est-ce que ce traitement pourrait se faire à la maison avec l'aide d'une infirmière à domicile, ou est-ce qu'il faudrait se rendre à une clinique pour le recevoir?

Daryl : L'objectif visé, c'est que le traitement puisse se donner à domicile.

Cara : L'appareil que nous utilisons est portable, alors il peut très bien se transporter chez quelqu'un.

Daryl : Nous avons formé l'un de nos assistants en réadaptation à s'occuper de la dernière étape. Si nous ne pouvons pas être là une fois le traitement terminé, il ou elle pourrait enlever l'appareil, le nettoyer et assainir la plaie. Le personnel soignant pourrait aussi se familiariser avec ce type de traitement. Cara a bien résumé leur travail en disant : « Nous aimons rappeler que la stimulation électrique est l'un des outils auxquels le personnel peut avoir recours. Toutefois, ce n'est pas le seul outil et il faut garder à l'esprit que, même si on a recours à la stimulation électrique, ça ne veut pas dire qu'on va réussir à guérir la plaie. Il y a plusieurs facteurs qui entrent en ligne de compte dans ce processus, dont la nutrition, la pression sur l'endroit de la plaie, la circulation du sang, ainsi que d'autres comorbidités qui influencent la guérison. »

Merci à Daryl et Cara d'avoir pris le temps de nous parler de leur expérience avec la stimulation électrique. L'ACP va suivre de près l'évolution de ce traitement, dans l'espoir qu'il devienne un jour le moyen de choix pour la guérison des plaies de pression chroniques. Cela permettrait à nos membres qui en sont affectés de quitter le lit et de reprendre une vie normale.

Méthode de rétablissement du deuil

Gail Burnside

Qu'est-ce que le deuil?

- 1) Le deuil est la réaction normale et naturelle à une perte émotionnelle importante, quelle qu'elle soit.
- 2) Le deuil est le sentiment de conflit occasionné par la fin ou le changement d'un comportement familial.
- 3) Le deuil est le sentiment éprouvé lorsqu'on tend la main à quelqu'un qui a toujours été là, mais pour se rendre compte que lorsqu'on en a besoin, il n'est plus là.

Alors que la mort et le divorce sont des exemples évidents de situations de deuil, beaucoup d'autres types de perte peuvent engendrer un sentiment de deuil. En voici quelques-uns :

- des changements de santé majeurs,
- une perte d'emploi,
- la retraite,
- des changements financiers, positifs ou négatifs,
- des problèmes d'ordre juridique,
- la fin d'une dépendance,
- la mort d'un animal de compagnie.

Aussi longtemps que vous laissez le deuil avoir une emprise sur votre vie, il aura tendance à vous empêcher d'apprécier les beaux souvenirs de la relation perdue. À moins que vous ne preniez des mesures pour composer efficacement avec la douleur affective de ce que vous n'avez plus, celle-ci persistera. Peu importe comment vous cherchez à réprimer ces émotions, vos beaux souvenirs s'estompent devant tout ce que vous auriez souhaité avoir vécu autrement, mieux ou plus intensément. Lorsque cela se produit, c'est un signe que vous avez des problèmes de deuil non résolus, peu importe combien de temps s'est écoulé depuis le moment de la perte elle-même.

À vrai dire, le temps n'entre pas en ligne de compte dans le rétablissement d'un deuil. De nombreuses personnes ont entendu dire que « faire son deuil, ça prend du temps », ou encore qu'il faut qu'un certain temps s'écoule avant qu'on commence à se sentir mieux. En réalité, le temps passe, mais n'a rien à voir avec le rétablissement. Plus que toute autre chose, le passage du temps a tout simplement pour effet qu'on en arrive à s'habituer à se sentir mal et n'offre aucun soulagement véritable.

Les gens disent qu'il faut lâcher prise et passer à autre chose dans sa vie, mais ils ne nous disent pas ce qu'il faut faire pour y arriver.

Prendre les moyens nécessaires pour faire la paix avec ce qui demeure inachevé dans la relation que vous avez vécue vous permettra d'en évoquer les beaux souvenirs sans ressentir une profonde tristesse. Agir de manière efficace est la pierre d'angle de « The Grief Recovery Method® » telle que présentée dans le livre *The Grief Recovery Handbook*. Non seulement le programme d'aide au rétablissement du deuil rend cet apprentissage possible, mais il propose aussi diverses possibilités de soutien et donne des conseils pour y arriver.

L'ACP (Manitoba) a offert le programme d'aide au rétablissement du deuil à un petit groupe de personnes à l'automne 2017. Ce programme a été conçu et mis au point au cours de quelques décennies par John W. James et Russell Friedman, les fondateurs du Grief Recovery Institute. Le texte qui suit décrit l'expérience d'une personne qui a participé à ce programme d'une durée de sept semaines.

Si vous désirez participer à ce programme ou si vous avez des questions à ce sujet, n'hésitez pas à communiquer avec Darlene Cooper, directrice des services de réadaptation de l'ACP, au 204-786-4753, poste 225 ou avec Gail Burnside, conseillère en réadaptation de l'ACP, poste 229.

Mon expérience personnelle du programme de rétablissement du deuil

On m'a demandé de partager mes impressions du programme de rétablissement du deuil animé par Darlene Cooper et Gail Burnside et auquel j'ai participé l'automne dernier.

Au début, j'avais peur de m'ouvrir aux autres, voire à moi-même. Cependant, je savais que j'avais besoin de faire quelque chose. Je pleurais souvent et trop facilement. Me souvenir de relations perdues était chose douloureuse et des personnes proches de moi se sentaient dépourvues quand quelque chose déclenchait mes larmes. Je me sentais émotionnellement et socialement isolée. La douleur d'un deuil non résolu est cumulative (ce que le programme reconnaît) et, de plus, j'étais confrontée à un autre changement important dans ma vie : la retraite.

Les réunions étaient structurées et de nature interactive. Il nous arrivait parfois de travailler deux par deux. Les gens étaient aimables et je me suis sentie à l'aise dès la première séance. On nous a tous remis un exemplaire du *Grief Recovery Handbook*¹ et la prémisse de départ était que « toutes les relations sont uniques en soi, sans exception ». Nous étions libres de partager ce que nous voulions par rapport à notre expérience personnelle. Pour leur part, les deux animatrices ont souligné l'importance du respect et de la confidentialité de nos propos. Elles nous ont donné des conseils et fourni de l'information pour nous aider à bien écouter et à faire preuve de respect les uns envers les autres.

Chaque séance était centrée sur le **deuil** et le **rétablissement**, sauf vers la fin, alors que nous passions à des échanges plus informels. Voici quelques extraits du manuel qui décrivent ce que sont le deuil et le rétablissement :

Le deuil (est) « normal et naturel, et de toute évidence la plus puissante de toutes les émotions. C'est aussi l'expérience la plus négligée et la moins bien comprise, souvent par les personnes endeuillées elles-mêmes et les personnes qui les entourent. (ce sont) les sentiments contradictoires suscités par la fin ou le changement d'un modèle habituel de comportement ... Nous pleurons la perte de toutes les relations que nous jugeons significatives, qu'elles

soient romantiques, sociales, familiales, commerciales ou autres. » « ...il s'agit d'un cœur brisé et non d'un cerveau brisé. »

Le rétablissement signifie se sentir mieux et « acquérir les compétences qui auraient dû nous être enseignées pendant notre enfance » ... « ces compétences guériront votre cœur s'il est brisé et par la suite, vous permettront de participer pleinement à toutes vos relations ».

La dernière chose à laquelle je m'attendais, c'était d'avoir hâte de participer à chaque réunion. Toutefois, à mesure que j'avancais dans la démarche, je me sentais mieux et j'attendais avec impatience l'occasion d'être soulagée encore davantage. De nouvelles idées et des renseignements précis m'ont fait voir les choses autrement et ont fait de la place pour de nouvelles perceptions dans ma vie. Par exemple, des gens bien intentionnés m'avaient dit : « Ne vous en faites pas, le temps guérit toutes les blessures ». Mais le temps passait et je ne me sentais pas mieux. Pendant le déroulement du programme, nous avons appris à reconnaître que cette croyance, comme beaucoup d'autres croyances et attentes de la société, sont inexactes. Les questions que je me posais telles que : « Pourquoi est-ce que je n'arrive pas à surmonter ça? Qu'est-ce qui ne va pas chez moi? » se sont pour la plupart évanouies.

L'une des prémisses de ce programme, c'est que la communication dans les relations qui ne sont plus ou qui ont changé demeure presque toujours incomplète. Cela peut inclure une perte de foi, de confiance ou de foi en l'autre. Lorsque nous repensons à ces relations, nous souhaitons souvent que certains aspects auraient pu être vécu autrement, ou encore mieux ou plus intensément. Les lectures, les discussions et les exercices du programme nous montrent systématiquement comment reconnaître ces aspects de nos pertes et y remédier. Je demeure toujours impressionnée par la simplicité du processus.

Les devoirs comportaient environ 60 minutes de lecture et les quelques autres « devoirs » prenaient habituellement environ 45 minutes. Par ailleurs, ces travaux n'étaient pas « notés ». Nous partagions habituellement en groupes de deux et là, encore une fois, l'accent était mis sur la confidentialité et le respect de la vie privée.

Le fait d'écouter le récit des autres m'a fait prendre conscience que j'étais loin d'être seule dans ma situation. Des exercices réalisés en classe et à la maison nous ont aidés à examiner nos pertes. Rendue à la quatrième session, je pouvais mieux mettre de l'ordre dans mes pensées et j'ai fait un exercice qui m'a aidée à me rappeler de bons souvenirs qui, à leur tour, m'ont permis de me faire une idée plus juste de ma vie. Nous avons eu beaucoup d'occasions de poser des questions. La discussion était attentive, bienveillante et constructive.

Selon James et Friedman : « Quand on vit une perte, notre cerveau se met à passer notre vie en revue, à la recherche de ce qui n'a jamais été communiqué ou achevé ». Les exercices du programme de rétablissement du deuil nous ont encouragés de manière ordonnée à travailler sur nos émotions, tout en préservant nos souvenirs. Une fois apprises, les étapes pour se sentir mieux dans sa peau peuvent être reprises pour chaque perte subie par quelqu'un.

Je recommande fortement ce programme à toute personne qui a besoin d'aide pour retrouver son chemin dans le brouillard du deuil. J'ai trouvé que les animatrices ne portaient pas de jugement et qu'elles étaient compétentes pour appliquer en toute sécurité les techniques éprouvées propres à

ce programme. Elles nous ont guidées tout au long du processus pour boucler les communications inachevées ou celles qui n'avaient pas eu lieu. Elles étaient aimables, respectueuses et bien préparées. Aujourd'hui, je porte un fardeau moins lourd et je dispose maintenant des outils nécessaires pour faire face à d'autres pertes passées ou à venir.

¹John W. James et Russell Friedman. *The Grief Recovery Handbook: The Action Program for Moving Beyond Death, Divorce, and Other Losses, including Health, Career, and Faith*, édition augmentée à l'occasion du 20^e anniversaire, Harper Collins, New York, 2009.

Les sports et les loisirs en fauteuil roulant à Brandon

Ryan Sturgeon

Le groupe **B**randon Wheelchair Sports and Leisure a vu le jour! Pour en savoir davantage, rendez-vous à www.brandonwheelchairsports.ca. Je suis très fier d'avoir été parmi ceux qui ont participé le 25 novembre 2017 à un premier atelier de curling en fauteuil roulant à Brandon. Mark Wherrett de l'ACP et Dennis Thiessen, médaillé d'or aux Jeux paralympiques de 2014, ont initié treize personnes de l'ouest de la province à ce sport.

Le maire de Brandon a assisté à l'atelier, qui a été couvert par des journalistes du *Brandon Sun* et de CBC. L'atelier a connu un franc succès et huit personnes se sont inscrites pour continuer à faire du curling en fauteuil roulant. Nous pratiquons le jeudi de 18 h 30 à 20 h 30. Tous les frais sont couverts. Puisque nous voulons que ce sport soit aussi accessible que possible, nous couvrons les frais de transport, de réservation de temps de glace, et d'équipement. Il y a des fauteuils roulants et des bénévoles sur place.

La bonne nouvelle, c'est que nous cherchons à former une équipe ou deux de curling, et ce n'est là qu'une première étape. Demeurez à l'affût au cours des prochains mois, car nous planifions avec enthousiasme la présentation d'un sport d'été.

Si vous souhaitez jouer au curling en fauteuil roulant ou participer à un sport d'été à Brandon et dans sa région, inscrivez-vous sur notre site Web www.brandonwheelchairsports.ca ou par courriel à brandonwheelchairsports@gmail.com.

Questions posées souvent concernant la transition à la vie en ville

Maria Cabas

Où est-ce que je peux chercher pour trouver un logement à louer à Winnipeg?

- ◆ S.A.M. (Management) Inc. 425, av. Elgin, Winnipeg R3A 1P2. Tél. : 204-942-0991. www.SAM.mb.ca
- ◆ Kinew Housing Inc. 201-424, av. Logan, Winnipeg R3A OR5. Tél. : 204-956-5093.
- ◆ Dial-A-Life Housing. 100-130, rue Watson, Winnipeg R2P 1Y4. Tél. : 204-694-9170.
- ◆ Murdock Management. Tél. : 204-982-2000. www.lifelease.ca
- ◆ Kanata Housing Corporation Riverwood Management. 202-2055, rue McPhillips, Winnipeg R3E 3E8. Tél. : 204-338-6261.
- ◆ Dakota Ojibway First Nations Housing Authority Inc. 100-11, av. Arden, Winnipeg R2M

2J7. Tél. : 988-5380.

- ◆ Winnipeg Housing Rehabilitation Corporation. 60, rue Frances, Winnipeg R3A 1B5. Tél. : 204-949-2880. www.whrs.ca.
- ◆ Manitoba Housing. Tél. : 204-945-4663. <https://www.gov.mb.ca/housing>
- ◆ www.winnipegrentnet.ca
- ◆ Winnipeg Rental Guide : <http://nexthome.yip.ca/corporate/online-publications/WINNIPEG-Renters-Guide/Manitoba/>
- ◆ www.marketplace.winnipegfreepress.com
- ◆ www.kijiji.ca/winnipeg

Comment est-ce que je peux obtenir de l'aide à l'emploi et au revenu?

Services à la famille du Manitoba – Aide à l'emploi et au revenu – Téléphone : 1-877-812-0014. www.gov.mb.ca/fs/assistance/eia/index.fr.html

Où est-ce que je peux obtenir une carte d'identité?

- ◆ Le Eagle Urban Transition Centre offre la possibilité de procurer une seule fois un certificat de naissance à un membre de l'ACP qui n'a pas les moyens de payer les frais d'obtention de ce certificat. L'organisme est situé au 275, av. Portage, Winnipeg. Tél. : (204) 956-0610, <http://eagleutc.com/contact-us/>. S.E.E.D. et Citizen's Bridge sont également des organismes qui offrent un soutien gratuit pour obtenir un certificat de naissance.
- ◆ Carte d'assurance maladie du Manitoba : Vous pouvez obtenir une carte d'assurance maladie en personne en vous présentant aux bureaux de Santé Manitoba, 300, rue Carlton, Winnipeg. Ouvert du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30. Vous pouvez aussi appeler au numéro sans frais 1-800-392-1207 pour en recevoir une carte par la poste.
- ◆ Carte d'identité avec photo de la Société d'assurance publique du Manitoba. Rassemblez tous les documents requis pour soumettre une demande. Apportez-les à n'importe quel agent Autopac ou centre de service de la SAPM. L'agent prendra votre photo et fera une saisie numérique de votre signature. La carte coûte 20 \$, y compris la photo.* Elle est valide pour 5 ans et il en coûte 20 \$ pour la renouveler. Si la carte est perdue, détruite ou endommagée, vous pouvez en obtenir une autre au coût de 10 \$.
**Vous pouvez être dispensé de payer ces frais dans certaines circonstances. Voir un agent Autopac pour en connaître les détails.*

Où est-ce que je peux obtenir ma carte de traité ou ma carte de statut?

- ◆ Certificat sécurisé de statut indien : Il n'y a pas de service sans rendez-vous à l'heure actuelle. Certificat délivré seulement sur rendez-vous. Appelez le 204-983-5910 pour obtenir un rendez-vous. Vous devez avoir avec vous toutes les pièces justificatives requises lors de votre rendez-vous.

Où est-ce que je peux trouver des meubles à bon prix avec un petit budget?

Meubles gratuits pour les personnes admissibles :

- ◆ Hands of Hope – Tél. : 204-261-8607
- ◆ Centre Flavie-Laurent – Tél. : 204-233-4936

Achat de meubles usagés

- ◆ Salvation Army Thrift Store – Tél. : 1-899-757-4483
- ◆ Magasins Goodwill – Tél. : 204-943-6435
- ◆ Mennonite Central Committee (MCC) Furniture Thrift Store – Tél. : 204-694-3669.

Si vous avez d'autres questions ou si vous avez besoin de plus d'information, communiquez avec Maria au numéro 1-800-720-4933 ou au 204-786-4753, poste 228, ou encore par courriel à mcabas@canparaplegic.org.

Avoir un enfant après une lésion médullaire

Le site Web Spinal Cord Injury Model System aux États-Unis contient une liste très complète de renseignements pour aider les femmes à se préparer à la grossesse, au travail et à l'accouchement après une lésion de la moelle épinière. On y trouve aussi des conseils sur la façon dont vous pouvez travailler en collaboration avec votre équipe de soins de santé pour que votre bébé et vous demeuriez en bonne santé.

Des femmes ayant subi une lésion médullaire, quel qu'en soit le niveau, ont pu avoir des enfants après leur lésion. C'est votre partenaire et vous qui prenez la décision d'avoir un enfant, tout comme n'importe qui d'autre. Réfléchissez bien aux exigences et aux défis d'élever un enfant et comment vous pouvez surmonter ceux-ci. À noter que les aspects positifs d'avoir un enfant l'emportent en général sur les aspects négatifs.

Certaines choses doivent être faites quand on devient enceinte : passez un examen gynécologique complet, parlez à un médecin en réadaptation qui s'y connaît en matière de santé des femmes médullolésées, faites passer en revue vos médicaments (de nombreux médicaments sur ordonnance et en vente libre ne doivent pas être pris si vous êtes enceinte), et obtenez un bilan urologique. La grossesse entraîne beaucoup de changements corporels. Votre lésion médullaire n'aura pas d'impact sur votre bébé. Il va se développer comme tous les autres bébés. Cependant, vous pouvez éprouver les mêmes malaises courants que les autres femmes enceintes : maux de tête, engourdissement ou picotements, fatigue, nausées et vomissements, vertige, douleurs musculaires et autres douleurs corporelles, besoin fréquent d'uriner, brûlures d'estomac et indigestion, hémorroïdes, œdème des pieds et des chevilles, congestion nasale ou saignements de nez, constipation et ainsi de suite. Cela signifie que vous devez suivre les conseils de votre obstétricien afin de prendre les mesures nécessaires pour prévenir le risque d'affections secondaires liées à votre lésion médullaire, notamment : dysréflexie autonome si votre lésion se situe au niveau T6 ou plus haut, infection des voies urinaires (IVU), impact de la gestion du transit intestinal, soins de la peau (sujette aux escarres), changements de spasmes musculaires, respiration (le bébé pousse sur le diaphragme), circulation sanguine (la pression du bébé peut ralentir la circulation vers les jambes et les pieds).

Comme toute autre femme, les femmes médullolésées doivent se préparer au travail et à l'accouchement. Elles peuvent présenter de nombreux signes habituels de travail tels que : perte des eaux ou fuite de sécrétions, douleur ou maux de dos habituels, contractions fortes et régulières, contraction de l'abdomen, respiration plus facile et pression dans le bassin. Une grossesse complète dure de 39 à 40 semaines, mais il vaut mieux commencer à surveiller les signes de travail à environ 28 semaines. Les femmes ayant une lésion au niveau T10 ou plus haut peuvent ne pas ressentir de douleurs pendant le travail. Dans le cas des lésions en dessous de T10, les femmes peuvent sentir leur utérus se contracter.

Bien que la dysréflexie autonome soit plus fréquente chez les femmes ayant une lésion au niveau T6 et plus haut, elle peut aussi survenir pendant le travail chez les femmes ayant une lésion à quel que niveau que ce soit. La meilleure façon de prévenir la dysréflexie autonome pendant le travail est de se faire administrer une anesthésie péridurale continue qui produit un engourdissement de longue durée. Ce n'est pas nécessaire d'avoir une césarienne parce que vous avez une lésion médullaire. En fait, la plupart des femmes peuvent accoucher par voie vaginale, quel que soit le niveau de leur lésion. Discutez avec votre obstétricien du type d'accouchement qui vous convient le mieux.

Une fois l'accouchement terminé, félicitations pour votre nouveau bébé ! La plupart des femmes médullolésées peuvent allaiter, mais vous devez surveiller les problèmes suivants : la spasticité de la vessie pendant que vous allaitez, ainsi que la production de moins de lait si vous éprouvez une perte de sensibilité au niveau des mamelons, car c'est le contact avec le mamelon qui déclenche la lactation.

Maintenant que vous en savez davantage au sujet d'avoir un bébé après une lésion médullaire, vous pouvez prendre une décision éclairée si vous voulez ou non avoir des enfants. Des membres de l'ACP (Manitoba) ont accouché d'au moins 4 nouveaux bébés au cours des trois dernières années et le nombre ne cesse d'augmenter. Pour en savoir davantage à ce sujet, rendez-vous sur le site <http://www.msktc.org/sci/model-system-centers>.

Perspectives autochtones : la roue du deuil et les sept enseignements sacrés appliqués au rétablissement

Melanie White

La roue de la médecine représente tout ce qui est interrelié dans le cercle de la vie. Cette roue comprend plus d'une centaine d'enseignements traditionnels, chacun ayant une signification et un but qui lui sont propres. Les détails peuvent différer d'une tribu à l'autre, mais les enseignements de base demeurent les mêmes. Ces enseignements sacrés peuvent nous guider vers un *éveil mental, spirituel, émotionnel et physique*. La roue de la médecine peut aussi nous aider à comprendre et à gérer des circonstances particulières de la vie, telles que la rupture d'une relation, le décès d'une personne chère, la maladie et une blessure. Ce cercle de référence nous aide à envisager nos expériences d'une nouvelle façon, plus facile à comprendre parce qu'elle se rapporte à notre expérience du monde naturel.

Une perte ou une blessure peut bouleverser le monde de quelqu'un. Les changements physiques graves sont souvent accompagnés d'un choc émotionnel. Chaque personne aborde et réagit à ce genre de changement à sa manière; la tristesse, le chagrin et la dépression en sont des réactions courantes.

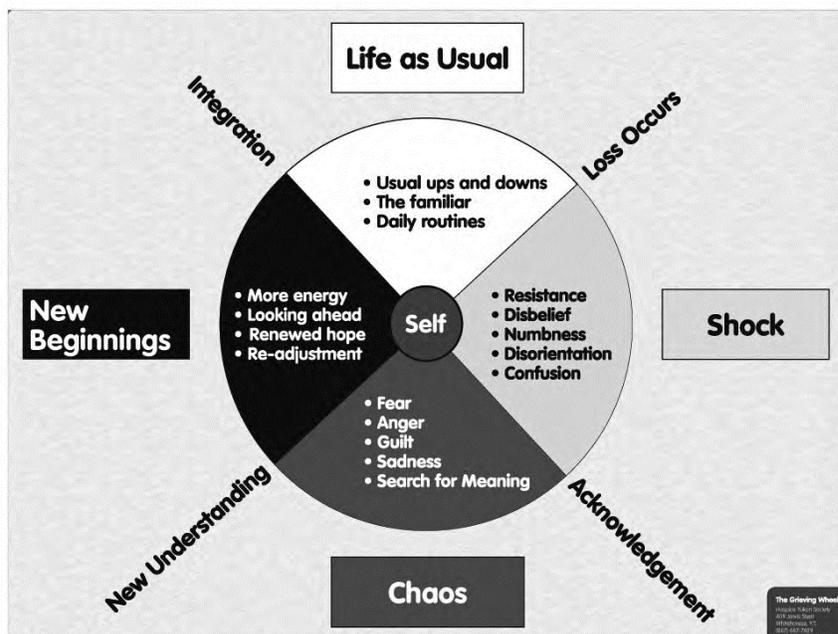
La roue du deuil se compose de 4 parties ou étapes, toutes centrées sur le soi. Pendant l'étape initiale du « choc » (après une perte ou une blessure), une personne peut éprouver différentes combinaisons de ce qui suit : résistance, incrédulité, torpeur, désorientation et confusion. La personne éprouvée n'est pas encore prête à accepter que la perte ou la blessure subie implique une

nouvelle réalité pour elle et elle peut se distancer de ses émotions dans un effort pour se protéger d'une telle prise de conscience.

À mesure que le choc initial se dissipe, la personne passe à l'étape suivante du deuil appelée « *chaos* ». C'est au cours de cette étape qu'elle accepte la réalité de ce qui est arrivé et qu'elle prend conscience que la perte ou la blessure est permanente. Un grand éventail d'émotions peuvent se manifester dans ce chaos : peur, colère, culpabilité, tristesse et recherche de sens. Par exemple, la peur de l'inconnu (*Où est-ce que je vais vivre? Comment est-ce que je vais subvenir à mes besoins et à ceux de ma famille?*) ou la colère envers soi-même ou d'autres personnes, tel un ami ou un membre de sa famille qui conduisait au moment de l'accident et qui s'en est sorti indemne (*Pourquoi moi?*).

Après que la personne a franchi la deuxième étape du deuil, elle passe à la troisième étape, celle des « *nouveaux commencements* ». Elle perçoit la perte d'une autre façon et commence à envisager l'avenir avec un sentiment d'espoir renouvelé. Bien qu'elle éprouve encore des sentiments de tristesse, de colère ou de peur, ces émotions ont tendance à être moins intenses et à se manifester moins souvent avec le temps. La personne ayant subi la perte ou la blessure entre dans une période de réajustement et commence à reconstruire son identité et à acquérir de nouvelles compétences, tout en réexaminant sa relation avec le monde qui l'entoure.

L'étape finale du deuil dans le contexte de la roue de la médecine est connue sous le nom de « *la vie continue comme d'habitude* ». C'est une période d'intégration dans laquelle la personne a établi de nouvelles routines et stratégies d'adaptation pour faire face aux hauts et aux bas de la vie quotidienne. La personne qui doit composer avec les dimensions spirituelles et émotionnelles d'une perte ou d'une blessure peut avoir recours à **sept enseignements sacrés** (aussi connus en tant que les sept enseignements des aînés) qui peuvent la guider dans son processus de rétablissement. Chacun de ces enseignements est représenté par un animal spirituel différent et comporte des caractéristiques pratiques et positives qui peuvent servir dans la vie de tous les jours :



AMOUR (l'aigle) L'aigle nous rappelle notre capacité à atteindre de grands sommets.

SAGESSE (le castor) Le castor nous rappelle de poursuivre nos rêves et de les réaliser. Le Créateur nous a donné la sagesse afin que nous puissions nous en servir pour faire le bien.

RESPECT (le bison) Toute la création doit être traitée avec respect. Si vous voulez qu'on vous respecte, soyez respectueux.

VÉRITÉ (la tortue) Ralentis ton rythme de vie. Se dépêcher n'est pas toujours le meilleur moyen d'atteindre ses objectifs. Dis la vérité; ne te leurre pas.

HUMILITÉ (le loup) Le loup est signe de puissance et de force intérieures. Vous êtes égal aux autres, mais non pas meilleur.

HONNÊTÉTÉ (Kitchi-Sabe, dit Bigfoot) Affronter une situation, c'est faire preuve de courage. Soyez toujours honnête dans ce que vous dites et ce que vous faites.

COURAGE (l'ours) L'ours qui hiberne pendant l'hiver nous rappelle que nous devons nous réveiller et être à l'affût de toutes les occasions qui s'offrent à nous pour faire ce qui est juste.

(image de la Division scolaire de Winnipeg)



Liste d'ouvrages de référence

Dave Bouchard et Joseph Martin. *The Seven Sacred Teachings of White Buffalo Calf Woman*, Vancouver, More Than Words Publishers, 2009.

Hospice Yukon. *The Grieving Wheel – A Model of the Grieving Process*. Consulté le 15 janvier 2018 : http://www.hospiceyukon.net/1_g_wheel.html

Sandra Laframboise et Karen Sherbina. *The Medicine Wheel*, Dancing to Eagle Spirit Society, 2008. Consulté le 15 janv. 2018 : <http://dancingtoeaglespiritsociety.org/medwheel.php>

Enquête sur les besoins de la clientèle

Delcy-Ann Selymes

Au cours des huit derniers mois, l'ACP (Manitoba) m'a accordée le privilège de mener une enquête sur les besoins de la clientèle auprès de 50 membres de l'Association. Je tiens à remercier toutes les personnes qui y ont participé, que ce soit par téléphone ou en personne chez elles. Sans exception, vous avez fait preuve d'une patience extraordinaire en m'accordant le temps requis pour passer au travers de 13 longues séries de questions. Je remercie sincèrement les membres du personnel de l'ACP qui m'ont orientée vers chacune des personnes qui ont accepté de participer à cette enquête. Ils semblaient vraiment savoir quelles étaient les bonnes personnes à qui je devrais m'adresser.

Sachez que les renseignements recueillis sont en train d'être traités et soyez assurés qu'ils serviront à améliorer les services offerts aux personnes médullolésées.

À quoi pouvons-nous nous attendre en matière de qualité de vie et de « problèmes médicaux » chez les personnes médullolésées qui avancent en âge?

Kristine Cowley, Ph.D.

Cet article porte sur deux enjeux liés au vieillissement des personnes médullolésées. Le premier concerne la santé générale, l'emploi et les sorties. Le deuxième porte sur l'incidence des problèmes de santé les plus courants chez les personnes médullolésées qui avancent en âge. La première enquête est longitudinale, c'est-à-dire qu'elle concerne les mêmes personnes au fil du temps. La deuxième est transversale, consistant à recueillir de l'information chez un plus grand nombre de personnes médullolésées, à certains moments dans le temps.

Je vous présente monsieur James Krause, un chercheur de longue date qui s'intéresse au vieillissement des personnes ayant subi une lésion de la moelle épinière. L'étude la plus longue à ce jour sur les personnes médullolésées a débuté en 1973 à l'Université du Minnesota. C'est James Krause, actuellement professeur à la Medical University of South Carolina, qui la

dirige à présent. Ce chercheur est aussi psychologue clinicien, et il se déplace lui-même en fauteuil électrique depuis qu'il a été victime d'une lésion médullaire cervicale. Il est l'auteur d'un nombre impressionnant d'articles sur une variété de sujets liés à la satisfaction quant à la qualité de vie, aux plaies de pression, à l'adaptation et au vieillissement des personnes atteintes d'une lésion médullaire (LM), pour ne nommer que quelques sujets.

L'étude la plus longue sur les personnes atteintes d'une LM à ce jour. L'étude a commencé en 1973 avec un premier groupe de 256 personnes atteintes d'une LM. Avec le temps, le nombre de sujets a atteint plus de 2 000 personnes médullolésées. Comme ces mêmes personnes ont répondu à plusieurs reprises à un questionnaire, il en a résulté près de 6 000 sondages. Vous serez peut-être surpris d'apprendre que 20 % des 256 premiers sujets étaient encore vivants en 2013 et ont pu répondre au questionnaire de cette année-là. Ces 48 personnes constituent le groupe de personnes médullolésées qui ont survécu le plus longtemps, et qui ont été interrogées à maintes reprises sur leur situation de vie, sur les changements survenus dans cette situation et sur leur satisfaction au fil du temps, depuis qu'elles ont subi leur lésion.

La vie est plus belle 10 à 20 ans après l'accident qu'elle ne l'a été pendant environ les cinq premières années. Je me souviens d'Arnie Schryvers, le conseiller ayant été longtemps à l'emploi du service de réadaptation interne, qui avait dit qu'il faudrait faire plus de recherches sur le vieillissement des personnes médullolésées. Je venais de subir ma lésion à cette époque et je ne pouvais pas m'imaginer passer le reste de ma vie dans un fauteuil roulant. Je me disais qu'il y aurait bien une avancée ou un « remède » dans un avenir proche qui m'éviterait de subir ce destin. Puis je suis retournée à l'école, j'ai commencé à faire de l'athlétisme en fauteuil roulant et j'ai pu socialiser avec mes amis et ma famille et les choses se sont améliorées. Cela fait maintenant un peu plus de trente ans que je vis en fauteuil roulant et, à mesure que le temps passe, je m'intéresse de plus en plus aux moyens qui me permettront de bien vieillir malgré ma LM. D'après les personnes interrogées, il semble que, si vous savez comment soulager la douleur et éviter les plaies de pression, la qualité de vie s'améliore généralement pendant la première ou les deux premières décennies. Monsieur Krause rapporte que le degré de satisfaction dans la vie augmente à la onzième année après l'accident, de même qu'en ce qui a trait à l'emploi, au nombre de sorties par semaine et à la tolérance en position assise, comparativement aux cinq premières années après avoir subi la lésion.

L'emploi est lié au degré de satisfaction dans la vie. En ce qui a trait à l'emploi, la proportion des personnes qui travaillaient au point de référence (le début de l'étude) était de 49 %. Cette proportion était passée à environ 70 % à 11 ans, 20 ans, puis 30 ans après le premier sondage. Il est encourageant de constater qu'il a été possible pour certaines personnes médullolésées de demeurer sur le marché du travail pendant autant de décennies. Ainsi, du fait que le plus jeune sujet de la première étude aurait eu environ vingt ans, la plupart des personnes interrogées avaient plus de 50 ans trente ans plus tard, et certaines étaient même plus âgées. En outre, ces répondants ont déclaré travailler en moyenne plus de 37 heures par semaine, soit l'équivalent d'un emploi à temps plein. Dix ans plus tard, moins de 30 % d'entre eux avaient un emploi, mais la plupart avaient probablement plus de 60 ans à ce moment-là. Fait intéressant à noter, j'ai remarqué qu'un certain nombre de personnes médullolésées, employées à temps plein au début de la cinquantaine, commençaient à éprouver des problèmes de santé importants qui nuisaient à leur capacité de travailler, ce qui les amenaient dans bien des cas à prendre une retraite anticipée vers l'âge de 55 ans. James Krause n'en parle pas dans son analyse, de sorte que nous ne savons pas quel est l'âge

moyen du départ à la retraite, ni si ce dernier était vraiment la conséquence d'une détérioration de l'état de santé liée à la LM, ou n'était qu'une décision prise librement pour des raisons personnelles. En ce qui concerne les taux d'emploi élevés vingt ans ou plus après l'accident, on constate un biais évident de la recherche, en ce sens que ceux qui ont réussi à survivre plus longtemps (et à être interrogés plus longtemps) étaient aussi les plus susceptibles de pouvoir conserver leur emploi. Krause le souligne dans ses articles et qualifie cet aspect d'« effet de survie ».

L'effet de survie : « Les personnes qui sont plus actives, qui ont un emploi et qui se sont mieux adaptées globalement sur le plan psychosocial, sont également plus susceptibles de vivre le temps de plusieurs sondages successifs ». Krause indique également que « celles qui s'étaient le mieux adaptées sur le plan psychosocial et professionnel, davantage que sur le plan médical, étaient plus susceptibles d'avoir survécu », et que « la participation à des activités sociales en dehors de chez elles et la tolérance à la position assise étaient des facteurs de protection importants pour la survie, alors que les problèmes de santé physique et psychologique autodéclarés, la dépendance et les barrières économiques représentaient des facteurs de risque importants ». Il serait intéressant de savoir s'il existe un lien entre le nombre d'heures de tolérance en position assise et le statut d'emploi. Quoiqu'il en soit, les recherches de Krause établissent clairement un lien entre les facteurs professionnels et la longévité chez les personnes médullolésées.

Le nombre de sorties hebdomadaires diminue avec l'âge chez les personnes médullolésées. La proportion de personnes qui quittent très rarement leur domicile (au plus 1 à 3 fois par mois) passe de 8 % après 20 ans de suivi à 16 % après 30 ans, et à 26 % après 40 ans de suivi. La proportion de celles qui sortent au moins une fois par semaine passe de 92 % après 20 ans de suivi à 83 % après 30 ans, puis à 74 % après 40 ans. En revanche, on constate heureusement que 74 % d'entre elles sortent encore au moins une fois par semaine après l'âge de 60 ans. La tolérance à la position assise diminue avec l'âge. Dans l'ensemble, la plupart des personnes qui ont survécu après 40 ans de suivi pouvaient passer plus de 8 heures par jour dans leur fauteuil roulant. Toutefois, un petit nombre d'entre elles (12 %) ne pouvaient tolérer la position assise que de 0 à 7 heures par jour. La tolérance à la position assise diminue avec l'âge, de sorte que 68 % de ces personnes peuvent passer au moins 12 heures par jour dans leur fauteuil après 20 et 30 ans de suivi, mais seulement 48 % d'entre elles peuvent le faire après 40 ans.

Le nombre de consultations non prévues du médecin et de jours d'hospitalisation peuvent demeurer faibles pendant plusieurs décennies, mais augmentent au bout d'un certain nombre d'années (> 30 ans) suivant l'accident. Plus de 76 % des participants à l'étude ont déclaré avoir consulté un médecin de façon imprévue moins de trois fois au cours des deux années précédentes après 20 ans de suivi. Ce chiffre passe à un peu moins de 60 % après 30 et 40 ans, puis à 40 % après 40 ans. Au cours de la même période, les hospitalisations sont devenues plus nécessaires. Seulement 16 % des sujets avaient passé au moins une journée à l'hôpital au cours des deux années précédant le sondage à 20 ans de suivi, mais cette proportion a augmenté à 43 % après 30 ans, puis à 63 % après 40 ans de suivi. Les sondages ne comportaient pas de questions sur les raisons des consultations chez le médecin et la cause des hospitalisations. Je vais terminer cet article par le tableau ci-dessous, qui résume certains « problèmes » médicaux importants qui surviennent de plus en plus souvent après une LM, et qui est tiré d'un récent bilan sur le vieillissement des personnes médullolésées :

<https://emedicine.medscape.com/article/322713-overview#a4>

Trouble	Proportion	Commentaire	Peut-on prévenir ce trouble?
Douleur à l'épaule, au bras ou à la main	70 % des syndromes courants de surutilisation, dont une lésion de la coiffe des rotateurs ou une bursite.	C'est le pourcentage des personnes qui ont déclaré avoir eu au moins un épisode de douleur ayant nécessité une certaine forme de traitement.	Exercices de résistance avec des élastiques ou des poids pour corriger les déséquilibres dans la force des muscles de la coiffe des rotateurs.
Compression d'un nerf (p. ex., syndrome du canal carpien)	2/3 des personnes médullolésées.	Pas de données sur les traitements chirurgicaux prodigués.	La plupart des personnes atteintes du syndrome du canal carpien peuvent être traitées avec succès par la chirurgie de décompression, mais le repos requis peut nécessiter un soutien à domicile temporaire pour les activités de la vie quotidienne.
Ostéoporose et risque accru de fracture de la jambe consécutive à un faible impact	100 % dans le cas d'une paralysie motrice complète.		Les données confirment de plus en plus que les thérapies par stimulation électrique ou station debout passive peuvent ralentir la fragilisation osseuse.
Maladie cardiovasculaire	Deux fois plus que dans la population générale.		Réduction du gras corporel, exercice.
Hémorroïdes	74 % des personnes médullolésées.		
Problème d'évacuation intestinale	20 % des personnes médullolésées.	Causes multiples, y compris la nécessité de prendre des médicaments qui ralentissent la motilité intestinale.	Modifier la médication.
Apnée du sommeil	40 % des personnes médullolésées.		Peut être liée à l'administration

			prolongée de baclofène contre la spasticité.
Obésité	Plus de 75 % des personnes médullolésées.		Surveillance du nombre de calories ingérées, exercice, activité physique.

Les deux articles de James Krause dont il a été question dans cet article sont :
« The natural course of SCI: changes over 40 years among those with exceptional survival », *Spinal Cord*, mai 2017, vol. 55(5), p. 502-508.
« SCI Longitudinal Aging Study: 40 Years of Research », *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 2015, vol. 21, p. 189-200.

Nous espérons que vous avez trouvé utile cette compilation de travaux de recherche sur le vieillissement des personnes médullolésées.

NOUVELLES DE **LA MANITOBA PARAPLEGIA FOUNDATION INC.** **(MPF)**

Membres du conseil d'administration de la MPF :

Doug Finkbeiner, c.r. (président), Arthur Braid, c.r. (vice-président),

James Richardson Jr. (trésorier),

Len Steingarten, D^{re} Lindsay Nicolle, John Wallis, Kristine Cowley, Ph.D., D^{re} Jan Brown

Les fonds de la MPF sont consacrés à quatre secteurs principaux qui ne sont pas subventionnés par d'autres sources de financement au Manitoba :

Les projets spéciaux, les essais de produits, la recherche et l'aide directe aux personnes médullolésées qui n'ont pas les ressources financières suffisantes pour se procurer les appareils ou les services dont elles ont besoin. Toute demande d'aide directe doit être soumise à l'ACP. La personne qui en fait la demande doit fournir des précisions sur sa situation financière, expliquer pourquoi il lui est impossible de couvrir la dépense envisagée dans le cadre de son budget, et indiquer toute autre source potentielle de revenu, y compris les contributions de membres de sa famille.

L'ACP remercie la MPF de son soutien continu à l'amélioration de la qualité de vie des personnes médullolésées.

La MPF a approuvé plusieurs demandes d'aide financière au cours des derniers mois.

En voici les points saillants :

- Du soutien financier a été accordé pour l'achat d'une plateforme élévatrice à un membre de l'ACP dont le bungalow était inaccessible en raison de quatre marches à gravir pour y entrer.

Ce membre avait besoin d'un moyen sécuritaire pour accéder de façon autonome à sa maison, ce que cette plateforme lui permet désormais de faire.

- Du soutien financier a été accordé à un membre de l'ACP pour l'achat d'un appui-dos qui lui fournira le soutien dont il a besoin pour adopter diverses positions en étant assis dans son fauteuil roulant. Cet appareil contribuera aussi à réduire la douleur qu'il ressent et à accroître la durée de temps où il peut demeurer en position assise.
- Du soutien financier a été accordé à deux ergothérapeutes pour participer à la International Seating Conference qui se déroulera à Vancouver en mars 2018. Ces deux ergothérapeutes viennent en aide aux personnes médullolésées pendant leur hospitalisation au Centre des sciences de la santé. On s'attend à ce que la participation à cette conférence donne lieu à de nombreux avantages pour les personnes médullolésées, grâce à l'application par la suite de pratiques de posture assise et de mobilité fondées sur l'expérience clinique.

Vous pouvez obtenir un formulaire de demande d'aide financière en le téléchargeant du site Web de la MPF www.cpamanitoba.ca/mpf ou en communiquant avec le bureau de l'ACP à l'adresse winnipeg@canparaplegic.org ou en composant le 204-786-4753.

La chasse : entrevue avec Richard Wassing

Bernie Gaudet

ACP : Quand avez-vous commencé à vous intéresser aux armes à feu et à la chasse?

Rick Wassing : Il y a longtemps, quand j'avais 10 ou 11 ans, à Fort McMurray, en Alberta. À la fin des années 1960 et au début des années 1970, c'était une petite ville. Comme il n'y avait qu'une épicerie, nous avons survécu grâce à la viande de gibier. Papa était un grand amateur de plein air et il nous a appris à chasser et à pêcher. Passer les fins de semaine à chasser dans le haut de la rivière Athabasca, ça ne posait pas de problème.

ACP : Et vous, Tracy?

Tracy Wassing : J'ai commencé à m'intéresser à la chasse lorsque j'ai déménagé au Manitoba avec Rick et que nous nous sommes installés sur notre terrain à la campagne.

ACP : Vous souvenez-vous de votre premier voyage de chasse?

RICK : Nous étions dans le haut de la rivière Athabasca dans un campement que nous avions monté. Mon père a commencé à appeler l'orignal et il y a un qui a répondu. Il a réussi à faire venir l'orignal jusque dans notre campement. Au moment où il entrait dans le camp en traversant les broussailles, mon père a pris son fusil et l'a abattu sur place. Je suis demeuré bouche bée. Il y avait moi, mon père et mes deux frères. C'était extraordinaire de voir pareille habileté.

ACP : Avez-vous déjà chassé ensemble?

TRACY : Oui, nous avons chassé ensemble au cours des quatre dernières années.

ACP : Qu'est-ce que vous avez chassé?

RICK : Le chevreuil. Nous chassons au fond de notre terrain et avons réussi à abattre quelques chevreuils. Depuis que nous sommes là – ça fait sept ans – nous en avons tué trois. Tracy a tué son premier chevreuil sur notre terrain.

Nous étions allés à la cérémonie du jour du Souvenir le matin. Quand nous sommes rentrés à la maison, nous n'étions pas certains si nous voulions sortir ou non. Nous avons décidé de faire du café et d'aller nous asseoir dans l'affût de chasse. Ça ne faisait pas longtemps que nous étions là en train de prendre notre café, quand nous avons entendu du bruit et une biche est apparue à moins de 15 pieds de nous. Elle a regardé l'affût, a trotté jusqu'au milieu du champ, s'est arrêtée, a regardé de nouveau l'affût, puis est partie. Eh bien, nous avons pensé : « Cool, nous avons vu quelque chose ». Puis nous avons entendu un bruissement derrière nous. On aurait dit que quelqu'un traversait le sous-bois. Je pensais que quelqu'un suivait la biche. Puis, à moins de 5 pieds de l'affût, a surgi ce beau chevreuil avec un panache à 5 pointes. J'ai regardé Tracy et elle a regardé le chevreuil. Puis il s'est avancé vers le petit champ, à 30 ou 40 verges de l'affût. Il s'est tourné de côté : l'occasion d'un tir parfait. J'ai regardé Tracy et elle a dit : « Je le descends ». Elle a tiré, le chevreuil a couru environ 20 pieds, puis s'est écroulé. Je ne sais pas qui était le plus excité, elle ou moi.

TRACY : C'est toi qui étais le plus excité. Je n'arrivais pas encore à croire que je l'avais abattu.

RICK : C'était inouï. Puis nous nous sommes disputés un peu sur la façon de le dépecer sur place, parce que je voulais que la tête soit montée, comme un trophée, étant donné que c'était son tout premier chevreuil. Elle a dit : « Non, je veux juste le panache, je ne veux pas faire monter la tête ». Elle n'aimait pas la façon dont il la regardait. J'ai enfin réussi à la convaincre que, quoi qu'il en soit, il devait être monté. Si elle ne l'aimait pas, eh bien, il pourrait demeurer dans un placard. J'ai donc appelé un de mes amis qui est taxidermiste et propriétaire de Wild North Taxidermy à Lorette. Je lui apporté le chevreuil. Il a fallu environ un an pour qu'il soit monté. Tracy commençait à s'impatienter de le voir. Elle a dit : « Où est mon chevreuil? Je veux l'installer quelque part. »

TRACY : Plus j'y pensais, plus je le voulais.

ACP : L'avez-vous toujours?

TRACY : Nous l'avons mis dans notre salon en février dernier.

RICK : Un de nos amis est venu et l'a mis en place juste au-dessus de notre cheminée en briques.

TRACY : Ça a donné un beau résultat.

ACP : En tant que membre des forces armées, vous devez avoir manipulé différents types d'armes à feu. Certains d'entre eux se démarquent-ils ou ont-ils une signification particulière pour vous?

RICK : J'ai toujours eu un faible pour le pistolet SIG 226. Dans la marine, l'équipe d'embarquement utilisait le 225, ainsi que le pistolet mitrailleur MP 5. Les deux sont de 9 mm et sont les armes de choix pour les opérations d'embarquement, parce qu'ils sont compacts. Ce sont des armes à impact rapproché où nous n'avons pas à nous soucier de la pénétration du métal et ainsi de suite. J'aime tellement le pistolet SIG que j'en ai acheté un. Je possède le 226 pour le champ de tir.

ACP : Est-ce que ces armes ont été fabriquées en Allemagne?

RICK : Certaines sont fabriquées en Allemagne, mais la plupart sont fabriquées aux États-Unis maintenant.

ACP : Vous êtes actuellement propriétaire d'une petite entreprise, Ranger Firearms Training, en partenariat avec votre épouse Tracy. Quand avez-vous démarré cette entreprise?

TRACY : Tu l'as démarrée en novembre 2015.

RICK : Au bout d'environ trois mois, il y avait tellement de travail que je n'arrivais plus à tout faire. C'était tellement fou à la fois de prendre les réservations, de recevoir les paiements et de donner les cours. Même si Tracy travaillait à temps partiel, l'entreprise roulait à plein. À un moment donné, nous avons dû décider si on allait fermer l'entreprise ou obtenir de l'aide. Nous en avons parlé et avons décidé de devenir copropriétaires de l'entreprise. Tracy a quitté son emploi et a commencé à travailler pour l'entreprise à temps plein. C'est elle qui prenait toutes les réservations et faisait tout le travail dans les coulisses. Tout ce que j'avais à faire, c'était de prendre mon porte-documents et d'aller enseigner là où elle me l'indiquait.

TRACY : Je m'occupais de toute la correspondance, de l'horaire des cours et des tâches administratives. Je peux facilement y consacrer de 6 à 8 heures par jour.

ACP : Vous avez déjà répondu à ma prochaine question : quels sont vos rôles respectifs dans l'entreprise? Tracy s'occupe de la tenue de livres, des horaires, de la correspondance, etc. Et vous, Rick, vous allez là où Tracy vous dit d'aller enseigner tel cours à tel groupe en particulier.

RICK : C'est ça. Nous offrons des cours sur la sécurité dans le maniement des armes à feu et d'autres sur la sécurité du maniement des armes à feu à autorisation restreinte. De plus, Tracy et moi offrons les cours de formation des chasseurs pour le compte de la Manitoba Wildlife Federation. Nous avons de la chance de pouvoir donner ces cours dans les locaux mêmes de la Fédération, ainsi que certains autres cours que nous offrons sur les armes à feu.

ACP : Donc, à l'avenir, vos cours seront accessibles à tous, peu importe leur degré d'incapacité, est-ce bien le cas?

RICK : Oui.

TRACY : C'est là un obstacle que je vois pour toi, Rick, pour quelqu'un avec ton niveau de handicap. Je ne sais pas comment ça va fonctionner, étant donné que le cours a une partie pratique.

RICK : Oui, c'est vrai, le cours a une partie pratique.

TRACY : On y travaille toujours. Il doit y avoir un moyen d'y arriver.

RICK : Nous devons vérifier auprès du contrôleur des armes à feu. On n'a pas tardé à nous répondre jusqu'à présent. Parmi les personnes qui ont suivi le cours, il y avait des personnes handicapées et des personnes qui avaient de la difficulté à lire et à écrire. Nous avons dû faire passer des examens oraux et la partie pratique n'a jamais posé de problème jusqu'à présent. Toutefois, comme le disait Tracy, il pourrait y avoir un hic avec cette partie. Nous devons vérifier auprès du contrôleur des armes à feu pour voir ce que ça comprend que de donner cette partie-là. Il y a des règlements spéciaux pour les personnes handicapées qui veulent chasser. Par exemple, si une personne ne peut marcher que 50 m, je devrai vérifier les règlements pour être certain qu'elle peut obtenir un permis de la Division de la gestion des ressources hydriques qui lui permettra de chasser d'un véhicule motorisé. Ainsi, par exemple, on est autorisé à tirer d'un quatre-roues à une place ou à deux places et d'un camion. On peut retrouver les règlements en vigueur dans le guide de la chasse au Manitoba.

ACP : Parlez-nous un peu de la blessure que vous avez subie?

RICK : Nous avons une ferme de 40 acres. J'étais dans mon atelier en train de travailler. Comme nous faisons les tâches de la ferme ensemble, je suis descendu pour donner un coup de main. À ce moment-là, nous étions en train de rentrer nos canards pour l'hiver. Je me dirigeais vers la grange pour aller chercher de la paille et à un moment donné j'ai perdu pied et je suis tombé. C'est tout ce qu'il a fallu pour que je sois blessé. Dès ce moment-là, j'ai perdu toute sensation à partir du cou en descendant. Un de mes meilleurs amis, Chris, est venu quand Tracy l'a appelé. Il s'est agenouillé dans la neige et m'a soutenu la tête pendant quarante-cinq minutes. Il refusait de se lever et de laisser quelqu'un d'autre prendre sa place. On m'a amené à l'hôpital Concordia et, de là, au Centre des sciences de la santé. Ils ont une équipe phénoménale à cet endroit-là. J'avais subi une lésion incomplète de la moelle épinière au niveau C4.

ACP : Quelles sont les adaptations qui vous permettent de continuer à enseigner? À manier une arme à feu?

RICK : Je vais faire installer un support sur mon fauteuil roulant, ce qui me permettra de donner quelques démonstrations. Nous avons dû parler au contrôleur des armes à feu de deux choses qu'un instructeur doit faire. L'une d'elle, c'est un formulaire de quatre pages qu'il doit soumettre avec copie carbone. Puisque je ne peux pas signer mon nom, nous avons dû en discuter avec lui. Un autre problème, c'est que le corrigé doit être aligné sur les bonnes réponses, afin de pouvoir corriger rapidement les examens à choix multiples. Quand nous en avons discuté avec le contrôleur la première fois, il a dit : « Non, c'est pas possible ». Nous lui avons dit ce que nous voulions faire, ce qui s'était passé et ce que nous étions prêts à faire. Tracy alignerait le corrigé et je lui indiquerais les réponses correctes et incorrectes. Puis, pour ce qui est de la signature, nous avons suggéré d'apposer un tampon de signature sur chacune des pages de l'examen. Le contrôleur nous a dit qu'il allait prendre ça en considération. Le lendemain, il nous a rappelés et a donné son approbation. La seule chose qu'il a demandé, c'est que quelqu'un de son bureau soit présent au premier cours pour voir comment nous allons faire les choses.

TRACY : Tout ce qui est dans le cours vient de Rick. C'est lui qui enseigne. Moi, je suis là et tout ce que je fais, c'est de corriger les examens et d'apposer sa signature sur les examens. J'espère qu'ils verront comment nous le faisons et verront bien que c'est légitime.

RICK : Et, bien sûr, j'enseigne le cours lui-même à partir de PowerPoint. J'ai assez de mobilité dans les mains pour appuyer sur la manette pour changer de diapositive. La seule chose qui pourrait être difficile pour moi, c'est de tourner les pages de mon livre.

ACP : Quand prévoyez-vous offrir votre premier cours depuis votre accident?

RICK : J'espère que ce sera ce mois-ci (janvier) ou au début février. Je dois enseigner un cours d'ici un an pour maintenir mon permis d'instructeur.

ACP : Qu'en est-il du côté pratique, c'est-à-dire apprendre aux gens à tirer?

RICK : Nous en avons déjà parlé, mais nous ne l'avons pas fait encore. Nous donnons des cours en classe et c'est tout.

ACP : Je me souviens que, lorsque j'ai suivi il y a longtemps le cours sur la sécurité des chasseurs concernant le maniement des armes à feu, nous devions nous exercer à tirer. C'était une exigence du cours.

RICK : C'était la même chose pour moi. Quand j'étais au secondaire, nous avons suivi un cours de survie qui comportait une fin de semaine dans le bois. Nous avons campé dehors et nos parents nous accompagnaient. Ils restaient tous dans des tentes. Nous, nous étions jumelés avec un autre élève et nous devions construire un appentis et survivre avec les moyens du bord : poser des collets pour piéger des lapins, faire des feux, etc. Une des choses que nous avons faites, c'est de tirer à la carabine et des fusils de calibre .22. C'était super pour des enfants qui n'avaient jamais fait ça auparavant. Ce que je me rappelle le plus, c'est la fin de semaine de survie.

ACP : À la suite de votre blessure, comment envisagez-vous continuer à donner de la formation sur les armes à feu dans le cadre de votre entreprise?

RICK : J'espère que tout ira bien et que nous serons aussi occupés qu'avant.

TRACY : Peut-être un petit peu moins occupés, surtout au début. Nous verrons comment ça va se passer avec les premiers cours. Les choses ont changé à cause de la planification des soins de Rick et de sa résilience à l'heure actuelle. Les journées d'enseignement peuvent être très longues.

RICK : Nous faisons encore beaucoup de publicité et nous aurons un kiosque au Outdoor Show. Nous faisons de la publicité sur la page Web de Cabela's, sur la page Web de la Manitoba Wildlife Federation et nous avons notre propre page Facebook. De plus, si vous faites une recherche dans Google et que vous tapez *firearms training in Manitoba*, vous nous y trouverez.

Si vous voulez en savoir davantage sur notre entreprise Rangers Firearms Training, rendez-vous à <http://www.rangerfirearmstraining.ca>.

L'ACP lance sa campagne Centraide 2017 **auprès de ses employés**

Le 28 novembre 2017, l'ACP a tenu ses activités de lancement de sa campagne Centraide auprès de ses employés avec un conférencier invité de Centraide, un dîner pour le personnel et un encan silencieux. Cette année, le conférencier de Centraide était Kevin Black, membre de l'ACP.

Merci aux coprésidentes de la campagne, Kelly Tennant et Aison Balajadia, d'avoir pris en charge l'organisation de cette activité. Un grand merci à toutes les personnes qui sont venues nous appuyer en achetant des billets pour l'encan silencieux.

L'ACP tient à remercier tout particulièrement les donateurs suivants de leur soutien généreux :

Be-Dazzled Jewelry & Accessories

Jeannette-Ann Gougeon

Homer's Restaurant

Delcy-Ann Selymes

Jim and Gail Burnside

The Access Store

Hair 2dye4

Mark Wherrett

Leonard Steingarten

Prairie Stained Glass

Mariaggi's Theme Hotel

Célébration de trois jalons importants dans l'histoire des sports en fauteuil roulant au Canada : les 40^e, 50^e et 70^e anniversaires

Mark Wherrett

J'ai eu la chance de participer au gala d'anniversaire de l'Association canadienne des sports en fauteuil roulant le 15 décembre 2017 à Ottawa. Quelle agréable fin de semaine où j'ai eu l'occasion de revoir des amis que je n'avais pas vus depuis les années 1980 et de rencontrer des athlètes que je connaissais seulement de nom pour avoir lu à leur sujet.

Ce gala avait été organisé par l'Association pour commémorer d'abord le 70^e anniversaire des sports en fauteuil roulant au Canada. La première compétition a eu lieu à l'hôpital Deer Lodge à Winnipeg en 1947. Le gala voulait également souligner le 50^e anniversaire de la fondation de l'Association elle-même. Enfin, il célébrait le 40^e anniversaire de l'invention du rugby en fauteuil roulant, appelé au départ « *Murder Ball* », par un groupe de jeunes hommes handicapés de Winnipeg. Ils avaient inventé et mis au point ce sport dans un gymnase de l'hôpital de réadaptation de Winnipeg. Joué au départ par des tétraplégiques au Canada, il est devenu un sport joué à l'échelle internationale par de nombreuses personnes et faisant aujourd'hui l'objet de compétitions

mondiales. Ayant été inventé au Canada, le rugby en fauteuil roulant est aujourd'hui désigné en tant que sport du patrimoine canadien.

On pouvait y voir sur place de l'équipement sportif tel qu'il a évolué depuis 70 ans, allant des fauteuils roulants d'hôpital pesant 23 kilos et plus au fauteuil roulant à trois roues pesant 5,5 kilos.

Ce fut également l'occasion pour moi d'évoquer de beaux souvenirs, ayant été l'un de ceux qui avaient regardé le rugby en fauteuil roulant prendre forme dans le gymnase de l'hôpital de réadaptation où j'apprenais à me prendre en main. Je me souviens encore de Paul LeJeune qui était entré en collision avec mon fauteuil roulant et qui, sur le coup, avait plié un paquet de rayons d'une roue du fauteuil roulant que l'hôpital m'avait prêté. Le personnel d'ergothérapie et de physiothérapie m'avait interrogé ensuite pour savoir ce qui avait bien pu se passer ! Gerry Terwin, Duncan Campbell, Randy Dueck et Paul LeJeune sont ceux qui ont conçu le sport en premier, auxquels Chris Sargent s'est joint la deuxième année. À mesure que le sport se développait, les règlements en faisaient autant. Ben Harnish de Winnipeg était le chef des officiels, dont faisaient partie Larry Jones, Bill Wiseman, Alf Blackaby et Sue Mount. Les physiothérapeutes Sue Mount et Sue Russell, ainsi que le Dr Dubo et le Dr Rush, ont joué un rôle déterminant dans l'élaboration du premier système de classement. En 1978, le sport a été présenté aux Championnats nationaux à Edmonton. Les *Winged Wheelers* du Manitoba, dénommé par la suite *Prairie Fire*, ont suscité l'admiration de leurs confrères tétraplégiques et, à partir de ce moment-là, le sport a gagné en popularité dans l'ensemble du Canada.

Après la démonstration du sport dans le cadre des Championnats nationaux, des équipes ont vu le jour d'abord à Toronto, puis au Nouveau-Brunswick. Le sport s'est répandu rapidement à mesure que d'autres provinces et États ont « embarqué dans le jeu » et mis sur pied des équipes. Grâce aux efforts soutenus de Barb Montemurro pour faire la promotion du sport en 1984, un match hors-concours a eu lieu aux Jeux mondiaux de sports en fauteuil roulant à Stoke Mandeville en Angleterre. Les efforts de Barb et des athlètes tétraplégiques du Canada ont porté fruit et le premier tournoi de rugby en fauteuil roulant à l'échelle internationale s'est déroulé à Stoke Mandeville.

Voilà un bref topo sur l'évolution du *Murder Ball* qui a gagné ses lettres de noblesse et est devenu le rugby en fauteuil roulant. Je suis heureux de savoir que ce sport a été inventé dans le gymnase même de l'hôpital de réadaptation où plusieurs d'entre nous avons travaillé à notre rétablissement et où nous allons encore pour recevoir des traitements de physio. Le gymnase est toujours là, mais il n'y a plus de place pour y jouer au rugby ou au basketball, puisqu'il est rempli de tapis de physio et d'équipement d'entraînement.

L'ACP (Manitoba) a joué un rôle important dans le développement des sports en fauteuil roulant au Manitoba. Un des présentateurs de la fin de semaine a lu un extrait d'un compte rendu archivé d'une réunion du conseil d'administration de l'Association où il est écrit que les conseillers en orientation « devraient consacrer davantage de temps à promouvoir les activités sportives et non seulement se préoccuper d'intérêts d'ordre professionnel ».

Je me suis beaucoup amusé au gala, mais j'aurais aimé y rencontrer davantage de mes coéquipiers du Manitoba. C'était bon de voir Diane Hrychuk être intronisée au Temple de la renommée

des sports en fauteuil roulant du Canada. Ça ne m'a pas surpris du tout : Diane a dominé le terrain de basketball et fait partie de l'équipe du Canada pendant de nombreuses années. C'était une rivale redoutable en athlétisme, car à l'époque on ne compétitionnait pas que dans un seul sport.

J'ai remarqué que de nombreux athlètes d'autrefois menaient toujours une vie active. Certains d'entre eux continuent de faire de la compétition, mais dans un autre sport. Nous avons tous de la douleur à l'épaule ou ailleurs, mais nous nous sourions tous au souvenir de tout le plaisir que nous avons eu à nous mesurer les uns aux autres à nos jours de gloire personnelle dans nos sports respectifs.

– *le numéro 23, Mark Wherrett*

Le gouvernement du Manitoba choisit une experte du secteur public pour mener l'examen obligatoire de la *Loi sur l'accessibilité pour les Manitobains*

Le 16 janvier 2018

Le ministère des Familles du Manitoba a annoncé qu'une Manitobaine ayant une expérience de longue date dans le secteur public a été sélectionnée pour effectuer un examen complet et obligatoire de la *Loi sur l'accessibilité pour les Manitobains*.

Mme Theresa Harvey Pruden effectuera cet examen, établira un rapport sur les conclusions de celui-ci et présentera des recommandations visant à améliorer l'efficacité de la *Loi sur l'accessibilité pour les Manitobains* et de ses règlements. L'examen comprendra aussi une consultation avec le public, particulièrement avec les personnes handicapées.

La *Loi sur l'accessibilité pour les Manitobains* est entrée en vigueur en décembre 2013 et présente un processus clair et proactif visant à reconnaître et à supprimer les barrières ainsi qu'à prévenir leur création. Des barrières physiques, systémiques et de communication empêchent une partie importante des résidents du Manitoba de participer pleinement à la société. La Loi vise l'élimination de barrières grâce à l'élaboration de normes d'accessibilité pour les organismes du gouvernement et des secteurs privés et publics, y compris les municipalités, les entreprises et les organismes sans but lucratif.

L'examen obligatoire marquant les quatre ans de la Loi mettra l'accent sur les initiatives déjà entreprises en vertu de la Loi et sur les structures qui l'encadrent. Il est prévu que l'examen commencera en mars et que le rapport final, comprenant les recommandations, sera terminé avant la fin de l'année.

Mme Harvey Pruden, de Winnipeg, a 30 années d'expérience dans le secteur public provincial et a été bénévole pour de nombreux organismes, notamment : l'Association canadienne pour l'avancement des femmes, du sport et de l'activité physique; Bouger, c'est dans ma nature, et la Coalition pour la vie active. Elle a reçu le Prix du gouverneur général pour le bénévolat et a travaillé en tant que consultante sur une initiative de santé cardiovasculaire visant les femmes avec la Fondation de l'Hôpital Saint-Boniface et le Centre de recherche de l'Hôpital général Saint-Boniface.

Des renseignements supplémentaires sur la *Loi sur l'accessibilité pour les Manitobains* se trouvent au www.accessibilitymb.ca/index.fr.html.

NOUS AVONS BESOIN DE VOS COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

Qu'aimeriez-vous lire dans les prochains
numéros de *ParaTracks*?

Nous nous efforçons de publier des articles et des annonces de commerces susceptibles d'intéresser nos membres. Afin de continuer dans cette voie, nous avons besoin de savoir ce que vous pensez. Sans la rétroaction des membres de l'ACP, nous ne sommes pas certains de vous offrir l'information dont vous avez besoin.

Nous vous invitons à prendre un moment pour nous faire part de vos commentaires et suggestions. Y a-t-il un article que vous avez trouvé intéressant? Qu'avez-vous aimé dans ce numéro de *ParaTracks*? Y a-t-il quelque chose qui vous a déplu?

Veuillez faire parvenir vos commentaires par courriel à aconley@canparaplegic.org ou par téléphone au 204-786-4753 ou au 1-800-920-4933, poste 222.

À VENDRE

Saviez-vous que....

Si vous avez quelque chose à vendre, à échanger ou à donner et que vous êtes membre de l'ACP, vous pouvez faire paraître une annonce gratuitement dans *ParaTracks*? Pour plus de renseignements à ce sujet, veuillez communiquer avec Adrienne Conley à aconley@canparaplegic.org ou au numéro 204-786-4753, poste 222.

Adresse courriel du personnel et numéros de poste téléphonique

204-786-4753 ou 1-800-720-4933 (au Manitoba seulement)

Denise Balliet	Agente comptable	dballiet@canparaplegic.org	221
Adrienne Conley	Adjointe administrative	aconley@canparaplegic.org	222
Kelly Tennant	Conseillère en réadaptation, Services de promotion de la santé	ktennant@canparaplegic.org	223
Ron Burky	Directeur général	rburky@canparaplegic.org	224
Darlene Cooper	Directrice des services de réadaptation	djcooper@canparaplegic.org	225
Melanie White	Conseillère en réadaptation, Services d'orientation professionnelle	mwhite@canparaplegic.org	226
Bernie Gaudet	Conseiller en réadaptation, Services de transition et de préparation à l'emploi	bgaudet@canparaplegic.org	227
Maria Cabas	Conseillère en réadaptation, Services aux autochtones	mcabas@canparaplegic.org	228
Gail Burnside	Conseillère en réadaptation, Relations avec les médullolésés hospitalisés	gburnside@canparaplegic.org	229
Delcy-Ann Selymes	Conseillère en réadaptation	dselymes@canparaplegic.org	231
Laurence Haien	Principal conseiller en réorientation, Services d'orientation professionnelle	lhaien@canparaplegic.org	234

DEMANDE D'ADHÉSION

OUI ! Inscrivez-moi en tant que membre de l'Association canadienne des paraplégiques (Manitoba) Inc. Tous les membres reçoivent le bulletin d'information *ParaTracks* publié par l'ACP (Manitoba) et ils ont le droit de vote à l'Assemblée générale annuelle. Ils ont aussi droit à des rabais dans divers magasins de fournitures de soins de santé : Stevens Home Health Care Supplies (prix spéciaux pour les fournitures et rabais de 10 % sur les appareils), The Access Store (10 %), Northland Home Health Care (10 % sur les fournitures médicales), ainsi que pour l'adhésion à l'organisme Disabled Sailing (rabais de 25 %).

Inscrivez-moi dans la catégorie suivante :

_____ 15 \$ - 24 \$ - membre

_____ 25 \$ - 99 \$ - membre de soutien

_____ 100 \$ - 249 \$ - membre donateur

_____ 250 \$ - 499 \$ - membre spécial

_____ 500 \$ et plus - membre bienfaiteur

Toutes les sommes reçues demeurent au Manitoba pour y appuyer les activités et services de l'ACP (Manitoba) Inc. Un reçu pour fins d'impôt sera délivré pour tout montant de plus de 15 \$. La générosité des membres spéciaux, bienfaiteurs et donateurs sera soulignée dans le cadre d'activités telles que l'AGA et mentionnée dans le programme d'autres activités de l'ACP (Manitoba).

****IMPORTANT**** En vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* du Canada, à partir du 1^{er} janvier 2004, toutes les entreprises et tous les organismes doivent obtenir le consentement d'une personne lorsqu'elles recueillent, utilisent ou communiquent de l'information à son sujet. **À moins que vous nous l'indiquiez autrement en cochant la case ci-dessous, lorsque vous signez et retournez le présent formulaire à l'ACP, vous autorisez l'ACP à utiliser les renseignements que vous indiquez sur ce formulaire d'adhésion à des fins d'expédition de cartes de membres et de reçus, d'avis de rappel de renouvellement de votre adhésion, et de bulletins de nouvelles, tel qu'indiqué ci-dessus. Vous consentez également à ce que votre nom soit indiqué dans le rapport annuel de l'ACP (pour les membres donateurs, spéciaux et bienfaiteurs).**

L'ACP (Manitoba) Inc. ne vend pas ou n'échange pas de renseignements personnels et ne loue pas ses listes d'adresses. Les renseignements personnels sont fournis à un tiers unique-ment aux fins d'expédition des bulletins de nouvelles de l'ACP. Si vous avez des questions à ce sujet, veuillez communiquer avec le bureau de l'ACP.

Je ne consens pas à ce que l'ACP utilise mes renseignements personnels aux fins indiquées ci-dessus et je comprends que je ne recevrai plus de carte de membre, de reçu pour carte de membre, d'avis de rappel de renouvellement de mon adhésion, et de bulletins de nouvelles de l'ACP.

Nom : _____ Signature : _____ Date : _____

Prière de libeller votre chèque au nom de :
Association canadienne des paraplégiques (MB) Inc.

Expédiez par la poste à :

825, rue Sherbrook

Winnipeg MB R3A 1M5

Pour plus de renseignements :

téléphone : (204) 786-4753

1-800-720-4933 (sans frais au Manitoba)

Télécopieur : (204) 786-1140

Courriel : aconley@canparaplegic.org

COORDONNÉES DU MEMBRE

Nom _____

Adresse _____

Ville, province _____

Code postal _____ Téléphone _____

Adresse courriel _____

(Votre adresse courriel permet à l'ACP d'épargner sur les frais d'expédition par la poste.)

_____ Nouvelle adhésion _____ Renouvellement

Veillez retourner tout courrier non livrable à une adresse au Canada à :

Association canadienne des paraplégiques (Manitoba) Inc.

825, rue Sherbrook

Winnipeg MB R3A 1M5