

Septembre 2018

Numéro de l'automne

# PARATRACKS

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

## Surmonter l'impossible

*Dans ce numéro :*

*De retour au travail  
sur ma terre*

*Trevor Brown*



*Aussi dans ce numéro :*

*\*Remise du Prix d'excellence*

*\*Prévention des plaies de pression*

*\*Nouveaux membres du personnel*

*\*Changements chez Handi-Transit*

## **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](mailto:aconley@canparaplegic.org) ou par téléphone au 204-786-4753 ou au 1-800-920-4933, poste 222.

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.

***ParaTracks* est une publication de :**

**Association canadienne des paraplégiques (Manitoba) Inc.**  
825, rue Sherbrook Winnipeg MB R3A 1M5

Tél : 204-786-4753

Fax : 204-786-1140

Sans frais : 1-800-720-4933

(à l'intérieur du Manitoba seulement)

Courriel : [winnipeg@canparaplegic.org](mailto:winnipeg@canparaplegic.org)

Site Web : [www.cpamanitoba.ca](http://www.cpamanitoba.ca)

Soutenue par la Manitoba Paraplegia Foundation Inc.

*ParaTracks* paraît trois fois par année. Il est également affiché en ligne sur le site Web de l'ACP.

#### **Conseil d'administration**

Art Braid \*

Corrine Deegan \*

Jeannette Gougeon Lyall Hallick

Dan Joannis \*

Norm Magnusson

Ron May

Audrey McIlraith \* Barbara Rapson

Leonard Steingarten — président \*

Adam Terwin — trésorier

Tim Toor

*\*personne médullolésée*

## Nouveaux membres du personnel et Atelier sur la résilience

**J**e m'appelle **LéAmber Kensley** et je suis une métisse qui travaille dans le secteur des services sociaux depuis plus de 15 ans. J'ai de l'expérience en counseling, gestion de crise et administration. Je suis titulaire d'un baccalauréat ès arts avancé en psychologie et criminologie de l'Université du Manitoba et je travaille présentement en vue d'obtenir mon accréditation en tant que conseillère en réadaptation. Je siège à titre de bénévole au CA de Keyon Inc., notre conférence locale de fiction spéculative. Je suis aussi membre fondatrice et trésorière de l'Institute for International Women's Rights du Manitoba.

**J**e m'appelle **Bill Keith**. En juin 2018, je me suis joint à l'ACP en tant que conseiller en réadaptation. J'ai pris ma retraite après avoir travaillé pendant 31 ans pour le Service correctionnel du Canada comme agent de libération conditionnelle, et comme agent de programmes correctionnels spécialisé en toxicomanie pendant les huit dernières années de ma carrière. J'ai été formé en animation de groupe et, tout au long de ma carrière, j'ai travaillé avec divers clients, les aidant à comprendre leurs comportements et à se fixer des objectifs réalistes lors de leur réintégration dans la société.

À l'ACP, j'anime un programme sur la résilience qui a pour but d'aider les participants à se remettre de revers et d'événements traumatisants de leur vie. Ce programme leur développe des habiletés mentales qui les aideront à progresser plutôt que de freiner leur développement. Il les aide aussi à mieux se connaître et à identifier des moyens de surmonter des obstacles personnels.

Les programmes de résilience s'adressent à tout un éventail de personnes : ambulanciers, médecins, personnel militaire, pompiers et citoyens ordinaires ayant vécu un traumatisme. La résilience est une habileté que n'importe qui peut acquérir, maîtriser, mettre en pratique dans sa vie personnelle et enseigner aux autres.

Je suis très impressionné par le dévouement et le professionnalisme du personnel de l'ACP qui a à cœur de partager avec ses membres des ressources pouvant affecter de façon positive leur bien-être.

Si vous désirez en savoir davantage sur les activités de ce nouveau groupe, appelez votre conseiller ou conseillère en réadaptation au 204-786-4753.



## Prévention des plaies de pression

**Shannon Thomas, inf. aut., M. Sc. inf., International Interprofessional Wound Care Course (IWCC), infirmière clinicienne spécialisée, ORSW - Programme des soins à domicile**

### Le saviez-vous?

Au Canada, le taux général de prévalence des plaies de pression dans l'ensemble des établissements de soins de santé est de 26 %. Ceci dit, le développement d'environ 70 % de ces lésions aurait pu être évité.<sup>1</sup> Les constatations de la pratique clinique, la littérature publiée sur le sujet et l'avis des experts démontrent qu'il est possible de prévenir le développement de presque toutes les plaies de pression.<sup>2</sup>

### **Qu'est-ce qu'une plaie de pression?**

Une plaie de pression se définit comme une lésion localisée au niveau de la peau et des tissus mous sous-cutanés, généralement au-dessus d'une proéminence osseuse ou liée à un appareil médical ou à un autre dispositif. Elle peut apparaître sous forme de rougeur sur l'épiderme ou de plaie ouverte et peut être douloureuse.<sup>3</sup>

### **Quelles sont les causes d'une plaie de pression?**

Une plaie de pression est le résultat d'une pression intense et/ou prolongée sur la peau ou encore de pression associée au cisaillement de la peau.<sup>3</sup> La pression constante altère le flux sanguin vers la peau et provoque des lésions de tissus par suite de la mort de cellules. Le cisaillement se produit lorsque l'épiderme ne bouge pas, tandis que les autres couches de tissus glissent les unes sur les autres, entraînant une lésion des tissus en profondeur. Une plaie de pression est habituellement le résultat de demeurer assis ou couché dans la même position pendant longtemps.

### **Où les plaies de pression apparaissent-elles habituellement?**

Chez les personnes en fauteuil roulant, les plaies de pression apparaissent souvent au niveau des omoplates, de l'épine dorsale, à l'arrière des bras et des jambes là où ils s'appuient sur le fauteuil, ainsi qu'au niveau du coccyx et des fesses.

Chez les personnes qui passent beaucoup de temps au lit, elles apparaissent habituellement au niveau du dos ou d'un côté ou l'autre de la tête, des oreilles, des omoplates, du bas du dos, des hanches, du coccyx, de la peau entre les genoux et les chevilles, et des talons.

### **Qu'est-ce qui augmente le risque de développer des plaies de pression?**

- L'immobilité (peut être liée à une mauvaise santé, une lésion médullaire ou à un autre problème médical);
- La perte de sensation au niveau de la peau (peut être liée à une lésion médullaire, une maladie neurologique, etc.);
- Une alimentation et une hydratation inadéquates (Un apport suffisant de liquides, de protéines, de calories, de nutriments et de vitamines est nécessaire au maintien de la santé de la peau.);
- Un débit sanguin insuffisant vers les tissus (peut être lié au diabète ou à une maladie vasculaire pouvant entraîner des lésions tissulaires);<sup>4</sup>
- Contact de la peau avec de l'urine ou des selles pendant de longues ou de fréquentes périodes de temps.

**Que faire pour prévenir les plaies de pression?** Repositionnez-vous dans votre lit aux 2 heures; transférez votre poids aux 15 minutes lorsque vous êtes assis.<sup>5</sup>

- Faites des redressements dans votre fauteuil roulant (si vos bras sont assez forts pour soulever votre corps du siège).
- Choisissez avec l'aide de votre ergothérapeute un siège approprié (tel un coussin spécialisé), des appareils de transfert, ainsi qu'un surmatelas permettant de répartir la pression.<sup>1</sup>
- Envisagez d'utiliser un fauteuil roulant qui s'incline, afin de soulager les points de pression (choisir un fauteuil roulant approprié avec l'aide de votre ergo).
- Minimisez la friction lorsque vous changez de position ou bougez dans votre lit (si possible, roulez ou soulevez votre corps afin d'éviter de glisser sur les draps; si vous ne pouvez pas vous déplacer vous-même, assurez-vous que vos préposés utilisent une planche ou un autre appareil de transfert. Avec l'aide de votre ergo, déterminez quelles sont les techniques de transfert les plus appropriées pour vous.)

### **Conseils de soins de la peau**

- Examinez votre peau tous les jours. Avisez votre préposé dès que vous remarquez des plaques rouges ou violacées, des plaies ouvertes sur votre corps, ou encore des endroits douloureux. Évitez d'y mettre de la pression.
- Gardez votre peau propre et sèche. Afin de prévenir la dégradation de votre peau, nettoyez-la immédiatement de toute trace d'urine ou de selles,
- Si votre peau est rouge ou violacée, ne la frottez et ne la massez pas. Minimisez les couches de matelassage et de linge de lit et de draps sous votre corps et défroissez les draps.

Si vous avez une plaie que vous ou votre préposé avez du mal à soigner, pensez à avoir recours au Service des soins à domicile. Pour plus d'information à ce sujet, appelez le numéro de réception des appels des soins à domicile (204-788-8330).

## Références bibliographiques

1. Wounds Canada. (2018). « Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Pressure Injuries. » <https://www.woundscanada.ca/health-care-professional/resources-health-care-pros/library/183-resources-industry-partner/208-library-francais>
2. Black, Joyce M., Laura Edsberg, Mona Baharestani, Diane Langemo, Margaret Goldberg, Laurie McNichol, et coll. (2011). « Pressure Ulcers: Avoidable or Unavoidable? Results of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference ». *Ostomy Wound Management*. 2011, vol. 57, n° 2, p. 24–37.
3. National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2016). « Pressure Injuries Stages ». <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>
4. Mayo Foundation for Medical Education and Research. (2018). « Bed Sores: Pressure Ulcers ». <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/bed-sores/symptoms-causes/syc-20355893>
5. Ontario Neurotrauma Foundation. (2012). « Caring for Persons with Spinal Cord Injury: Pressure Ulcers ». <http://primarycare.onf.org/ssureUlcers.html>

## Donna Wruth – Une vie bien remplie

Jared Funk

**D**isons-le d'emblée : j'en ai vu et rencontré des athlètes impressionnants dans ma vie. J'ai fait le tour du monde et j'ai participé à de fort nombreux tournois et événements majeurs et aucun des athlètes que j'ai rencontrés dans mes voyages n'égale Donna Wruth quant à ses réalisations.

Il y a quelques semaines, en arrivant au bureau, j'ai vu deux vieux albums (vous savez ceux qui sont attachés avec du ruban adhésif et qui contiennent une centaine de coupures de journaux remontant à la fin des années 1960). Puis on m'a demandé d'écrire un article sur Donna Wruth, décédée récemment. Comme je ne savais pas qui elle était, j'ai ouvert ces capsules-souvenirs et j'ai commencé à lire tout ce qu'elle avait réalisé. Et j'ai été littéralement époustoufflé.

J'ai eu la chance de retrouver Sheila Kuzmicki, la sœur de Donna qui a suivi de près ses succès et croyez-moi la liste en est longue.

Donna avait 17 ans lorsqu'elle a eu un accident qui lui a causé une blessure thoracique. Déjà très énergique, elle n'a pas voulu se laisser ralentir une seconde. À preuve, en 1969, alors qu'elle était encore hospitalisée, elle s'est présentée aux Jeux de l'Ouest et a remporté des médailles au lancer de poids, au lancer du disque et au slalom. Elle est ensuite revenue à l'hôpital pour sa réadaptation (j'aurais aimé voir la scène quand le médecin lui a demandé comment s'était passé sa fin de semaine). Elle a ensuite assisté aux Jeux de Hamilton en 1969 et elle y a remporté 8 médailles d'or. Tout cela au cours de l'année qui a suivi son accident! Le mot résilience est bien en dessous de la réalité dans le cas de cette dame.

Pendant les six années suivantes, elle a assisté à tous les Jeux nationaux en fauteuil roulant, partout au Canada, et elle y a récolté 27 médailles d'or, 3 d'argent et 3 de bronze aux lancers du poids, du disque, du javelot et de la massue, au slalom, au tennis de table et aux sprints de 50 m et de 100 m. En 1972, elle a remporté le bronze en tennis de table aux Jeux Paralympiques de Heidelberg en Allemagne.



On lui a demandé de se joindre à l'équipe féminine de basketball d'Équipe Canada (qui a remporté l'or) en 1978, en plus de participer aux Jeux panaméricains en fauteuil roulant de Rio de Janeiro en 1979. En 1974, elle a reçu l'Ordre de la chasse au bison du Manitoba (décerné par le premier ministre) et le trophée Eric-Willis de l'athlète féminine de l'année.

La liste de ses succès sportifs pourrait s'allonger indéfiniment, mais ce n'est qu'une partie de la vie de Donna. Elle a terminé l'école secondaire dès sa sortie de l'hôpital de réadaptation. Tout de suite après, elle a fréquenté le collège Red River et obtenu son diplôme en sténographie. Elle a décroché un emploi à temps plein à la Commission des services de santé du Manitoba et y a enseigné aux dactylos quelques années. Elle a ensuite obtenu un emploi au service des enquêtes, pour aider à retrouver les personnes abusant des médicaments d'ordonnance et en faire rapport à la Commission. Elle aimait son travail et elle y excellait.

Donna était très humble quant à toutes ses victoires. Au travail, elle ne disait même pas pourquoi elle devait prendre congé, jusqu'au jour où on lui a demandé pourquoi elle avait besoin de temps libre. Sa réponse : « Je m'en vais aux Jeux paralympiques ».

Donna était très proche de sa famille qui comprenait sept frères et une sœur. À la fin des années 80, elle a pris sa retraite et est retournée à la ferme à Erickson pour se rapprocher de sa famille. On lui a aménagé une maisonnette, parce qu'il lui importait au plus haut point de conserver son indépendance. Après avoir vécu à Erickson de nombreuses années, elle a déménagé à Brandon, au Lions Manor où elle a aimé vivre non seulement parce qu'elle était proche de sa famille immédiate, mais parce qu'elle y avait trouvé une famille élargie. Donna était aussi mélomane : pendant sa réadaptation, à l'hôpital, elle s'est procuré une guitare et a appris à en jouer par elle-même, afin d'ainsi divertir sa famille et ses amis. Les dernières années de sa vie, elle allait camper et pêcher avec sa sœur et faisait du bénévolat à la banque alimentaire de Brandon pour ainsi donner en retour à la communauté.

Donna disait que le sport avait contribué à sa qualité de vie et lui avait donné le désir de se dépasser et de nouer de grandes amitiés. Je pense que son dynamisme et sa détermination à se surpasser n'y étaient pas étrangers. Son courage et sa persévérance sans faille sont admirables et son exemple restera gravé dans le cœur de ceux qu'elle a inspirés.



## Du nouveau à propos de Handi-Transit

Thor Sigurdson

### Nouveau logiciel de planification de rendez-vous

Chez Winnipeg Handi-Transit, on s'affaire à élaborer et à mettre en œuvre un nouveau logiciel de planification de rendez-vous et de gestion de la clientèle qui permettra d'accroître l'efficacité du service. Alors que le système actuel de planification fournit un horaire fixe une fois qu'il a été établi, le nouveau logiciel offrira un horaire plus souple qui sera actualisé à mesure que des changements auront lieu, afin d'assurer une utilisation optimale des ressources. Les usagers de Handi-Transit pourront désormais accéder à leur compte à partir d'un nouveau site Web et bénéficier d'une plus grande flexibilité dans leurs interactions avec le service.

### Changement de nom

Depuis l'adoption du nom Handi-Transit en 1977, notre compréhension des déficiences et le langage utilisé pour décrire les personnes ayant une incapacité ont beaucoup évolué. L'adoption de la *Loi sur l'accessibilité pour les*

*Manitobains* et son développement continu fournissent des indications claires sur le langage inclusif à utiliser dans la description des services offerts à la communauté des personnes handicapées. Le choix d'un nouveau nom pour le service Handi-Transit veut refléter cette nouvelle réalité. L'automne dernier, Handi-Transit a demandé à la population de lui fournir des idées et des suggestions à ce sujet. Le comité consultatif de Handi-Transit en matière de politiques a examiné ces suggestions et a procédé à une première sélection, puis la Ville a demandé aux citoyens de choisir parmi trois propositions. Le choix final sera annoncé dans la deuxième moitié de 2018.

### **Fin du service d'aide avec les escaliers**

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, les chauffeurs de Handi-Transit n'aideront plus une personne en fauteuil roulant manuel à monter ou à descendre les escaliers à l'endroit d'embarquement ou de débarquement. En 2017, une étude indépendante de cette manœuvre est arrivée à la conclusion qu'elle constituait un risque considérable pour la sûreté du chauffeur et de son passager. Les personnes qui bénéficient à l'heure actuelle de ce service devront modifier l'accès à leur résidence pour qu'elle soit facilement accessible ou s'organiser pour rencontrer le chauffeur au pied des marches. Plus tôt cette année, Handi-Transit a envoyé une lettre à toutes les personnes concernées les informant de la fin de ce service. Elle contenait aussi de l'information sur les sources de financement auxquelles les propriétaires peuvent avoir recours pour rendre une résidence plus accessible, ainsi que des listes d'entreprises locales qui peuvent construire, vendre ou louer des rampes d'accès. Vous pouvez avoir accès à ces documents sur le site Web de Winnipeg Transit en cliquant sur les hyperliens sous la rubrique *What's New?* de la page d'accueil de Handi-Transit (<https://winnipegtransit.com/en/winnipeg-transit-plus-handi-transit/whats-new>).

## **Le pouvoir de ses pairs**

**Dan Joannis**

**E**n 1991, je me suis cassé le cou en plongeant et en me frappant la tête contre le fond de la piscine. Le lendemain, un médecin à l'urgence m'informa que la 5<sup>e</sup> vertèbre de mon cou avait subi une fracture par écrasement. Ce n'est pas la vertèbre fracturée qui posait problème – les os, ça se guérit après tout. Ce qui était plus préoccupant, c'était la lésion complète de la moelle épinière, entraînant une perte des fonctions motrice et sensorielle du milieu du thorax aux pieds, l'usage rudimentaire de mes bras et aucun contrôle de mes mains et de mes doigts. À l'âge de 18 ans, je n'avais aucune expérience personnelle de ce qu'est une perte et aucune compétence pour gérer ce que l'avenir me réservait. Heureusement, je n'étais pas seul à faire face à cette réalité. Au fil du temps, mes idées non fondées sur comment vivre avec un handicap seraient changées d'une manière que je n'aurais jamais imaginé à l'époque.

J'ai passé six mois à l'hôpital à apprendre comment gérer les divers aspects physiques et pratiques de ma lésion médullaire. Lorsqu'est venu le temps de quitter l'hôpital, j'étais content des progrès que j'avais accomplis et emballé par l'idée de retourner à la maison vivre avec ma famille, mais en dedans de moi j'étais rempli de peur, ne sachant pas comment j'allais me tirer d'affaire en dehors de l'hôpital. Qu'arriverait-il si quelque chose n'allait pas bien? À quoi est-ce que j'allais occuper mon temps? Est-ce que j'aurais de nouveau une blonde un jour? Est-ce que j'arriverais un jour à vivre de manière autonome? Mais il n'y avait pas moyen d'éviter mon congé de l'hôpital et je suis retourné à la maison à la fin de novembre, au début d'un hiver particulièrement froid et désagréable, si mon souvenir est bon.

Mon séjour à l'hôpital fut misérable. Cependant, en repensant à cette période ma vie, je me compte plutôt chanceux, car j'y ai fait deux rencontres significatives, même si ce n'est que plusieurs années plus tard que j'en ai réalisé toute la portée sur ma vie.

D'abord, j'ai eu la chance de me joindre à un groupe exclusif de personnes ayant subi un traumatisme médullaire à l'été de 1991. Nous avions à peu près tous le même âge et, ayant vécu la même expérience, nous avons établi des liens étroits entre nous. Bien que ce fut une période très difficile pour chacun d'entre nous, nous savions que nous pouvions parler de choses qu'il aurait été impossible d'aborder avec des personnes ne faisant pas partie du groupe. Le sentiment d'acceptation mutuelle au sein de notre groupe n'avait pas de prix, étant donné que nous nous sentions tellement différents de qui nous étions

auparavant et en même temps différents de tout le monde autour de nous. Les occasions d'essayer et d'échouer, sans être ridiculisé ni jugé pour autant, nous motivaient et nous donnaient le sentiment d'une libération énorme.

Ceci dit, je ne veux en rien diminuer le soutien incomparable que ma famille et mes amis m'ont accordé, ni dévaloriser les efforts des médecins, infirmières, préposés aux bénéficiaires, physiothérapeutes et ergothérapeutes dont l'encouragement et le soutien quotidiens étaient inestimables. Toutefois, grâce à ce groupe nous avons bénéficié d'un genre de soutien que nous ne pouvions tout simplement pas recevoir ailleurs. Malheureusement, quelques membres du groupe sont aujourd'hui décédés, mais les liens établis entre nous à l'été de 1991 ne se sont jamais estompés.

Puis, la deuxième rencontre majeure de mon séjour à l'hôpital fut celle d'Arnie Schryvers qui, à l'époque, était le conseiller en réadaptation de l'ACP assigné à l'hôpital de réadaptation. Au sein de l'équipe multidisciplinaire de réadaptation, il avait pour rôle de fournir du counseling de soutien aux personnes médullolésées, de les mettre en relation avec les ressources dont elles auraient besoin et de les aider à planifier leur sortie de l'hôpital. Cependant l'influence d'Arnie s'étendait bien au-delà de son titre d'emploi et de son rôle. Il fut la première personne que j'ai rencontrée après mon accident qui vivait pleinement sa vie, en dépit de sa lésion médullaire. Il était marié et travaillait à temps plein. C'est en le voyant se déplacer en fauteuil roulant, se transférer dans son véhicule et le conduire, utiliser un clavier et une souris que j'ai commencé à réaliser que je pouvais moi aussi mener une vie satisfaisante et remplie de sens avec une lésion médullaire. Le simple fait de le voir accomplir ce que je m'inquiétais de ne jamais pouvoir accomplir fut une grande source d'inspiration et fut le début d'un lent processus de remise en question de mes idées à propos de la vie d'un handicapé. Arnie a été l'une des personnes qui ont exercé le plus d'influence sur mon rétablissement et ma réadaptation.

Avant mon congé de l'hôpital, Arnie me présenta à quelques-uns de ses collègues de l'ACP, les conseillers communautaires Greg Winmill et Mark Wherrett, et Darlene Cooper, la conseillère en réorientation professionnelle. Ces trois personnes allaient devenir des personnes clés dans mon rétablissement. Greg et Mark étaient eux aussi en fauteuil roulant et m'ont aidé à faire la transition de l'hôpital à la communauté. Ils m'ont aussi aidé à régler divers problèmes survenus à cette époque-là de ma vie. C'est grâce à eux si j'ai appris à conduire de nouveau. Ils m'ont aussi initié aux sports en fauteuil roulant où j'ai fait la connaissance d'une foule de personnes remarquables. Je me suis investi dans le rugby en fauteuil roulant pendant de nombreuses années, à la fois en tant que joueur et entraîneur. L'expérience de voyager avec d'autres tétraplégiques à des tournois au Canada et aux États-Unis fut extraordinairement enrichissante et valorisante.

En même temps, Darlene m'a encouragé à commencer à réfléchir sérieusement à mon avenir. Après une première évaluation et quelques rencontres avec elle et avec l'appui financier du Programme de réadaptation professionnelle du Manitoba, je faisais mes premiers pas en suivant deux cours de première année des Arts à l'Université du Manitoba. Au départ, je doutais de ma capacité à me déplacer sur le grand campus de Fort Garry, surtout pendant les mois d'hiver, mais Darlene m'a beaucoup encouragé tout au long de ces études et m'a aidé à trouver des solutions à tous les obstacles sur mon chemin. Au printemps de 1997, j'obtenais mon baccalauréat en récréologie et je suis heureux de dire que j'ai toujours eu un emploi depuis ce temps-là.

Après avoir terminé ces études, j'ai géré le programme de permis de stationnement de la Society for Manitobans with Disabilities (SMD) pendant 2 ans, puis j'ai travaillé pendant 1 an pour l'agence de tourisme Travel Manitoba à la Fourche. À l'été de 2000, je me suis joint à l'équipe de l'ACP où j'ai rempli différentes fonctions dont, entre autres, celle de conseiller affecté à l'hôpital de réadaptation pendant 3 ans et celle de conseiller en réorientation pendant 3 ans. Au début de 2008, j'ai quitté l'ACP pour occuper un poste au Bureau des conseillers des demandeurs du Manitoba où, pendant 10 ans, j'ai mené des enquêtes médico-légales et représenté des demandeurs insatisfaits de la SAPM contre leur assureur devant un tribunal administratif. Cependant, bien que je me considère chanceux d'avoir vécu des expériences si enrichissantes au fil des années, le succès que j'ai connu ne s'est pas fait tout seul. Ma femme, Liz Watson, a été à mes côtés depuis bientôt 20 ans.



J'ai rencontré Liz pendant que je travaillais à la Fourche en 1999 et nous sommes ensemble depuis ce temps-là. Nous nous sommes mariés en 2006 et nous célébrerons notre 12<sup>e</sup> anniversaire de mariage en septembre. C'est une partenaire extraordinaire et une photographe et une graphiste de très grand talent. Nous avons vécu de nombreuses aventures ensemble, la plus récente étant celle de cette année. Étant donné qu'elle détient la double citoyenneté, Liz et moi avons souvent discuté de déménager aux États-Unis pour fuir l'hiver au Manitoba. L'année dernière, elle a posé sa candidature pour un poste au bureau de marketing et des communications d'une prestigieuse école à charte située sur l'île d'Hawaï. En premier, ça nous a semblé une idée extravagante, mais plus nous avons pesé les pour et les contres, plus nous avons réalisé que nous aurions tort de ne pas saisir une telle occasion. Nous avons donc décidé de passer à l'action. Elle a démissionné de son emploi à Winnipeg et est déménagée à Hawaï en octobre dernier et moi, j'ai quitté mon emploi au Bureau des conseillers des demandeurs plus tôt cette année pour aller la rejoindre à Hawaï. J'ai trouvé la dernière année exigeante, surtout parce que nous avons été séparés l'un de l'autre pendant près de 6 mois; mais nous sommes ensemble aujourd'hui, avec nos 2 chiens Lincoln et Isla.

Malgré les tremblements de terre et les éruptions volcaniques à Kilauea plus tôt cette année, ainsi que les inondations récentes causées par l'ouragan Lane, les choses vont bien. Liz aime son nouvel emploi et y excelle, et nous anticipons avec plaisir un hiver sans neige. Puisque je dois passer par le processus de parrainage, je n'ai pas pu encore travailler, mais j'espère commencer à le faire vers la fin de l'année, lorsque j'aurai obtenu ma carte d'autorisation de travail. En attendant, je cherche à élargir mes compétences en poursuivant des études en conception de sites Web et en programmation et codage informatique. J'ai déjà terminé plusieurs cours en JavaScript, HTML et CSS et je compte continuer dans cette voie. Je ne suis pas certain où ça va me mener, mais des compétences dans ces domaines sont en grande demande, alors ça ne peut que m'aider à trouver du travail quand viendra le temps.

Aujourd'hui, plus de 27 années après mon accident, je suis très reconnaissant pour toute l'aide et tout le soutien que le personnel de l'ACP m'a accordés au fil des années. À mon avis, leurs conseils et leur aide sont tout aussi essentiels et pertinents aujourd'hui qu'ils l'étaient pendant ma réadaptation et mon rétablissement.

# Doug Finkbeiner, lauréat du prix d'excellence en 2018

## Art Braid

C'est en 1965 que l'Association canadienne des paraplégiques (Manitoba) Inc. a remis pour la première fois son prix d'excellence. Ce prix permet à l'ACP de manifester officiellement et publiquement sa reconnaissance envers des organismes ou des particuliers pour leurs réalisations exceptionnelles et leur contribution aux personnes médullolésées. Le prix est décerné chaque année à l'occasion de l'AGA de l'ACP. Une plaque est remise au récipiendaire du prix et son nom est gravé, à côté de celui des récipiendaires des années antérieures, sur une plaque permanente fièrement mise en évidence dans les bureaux de l'ACP.

Cette année, le prix d'excellence a été remis à M. Doug Finkbeiner par M. Art Braid, membre du conseil d'administration de l'ACP, à l'occasion de son AGA le 19 juin, pour *« son dévouement et son engagement envers les personnes médullolésées et les autres personnes handicapées, afin de les aider à devenir plus autonomes et autosuffisantes et à participer pleinement à la vie de la communauté ».*



Doug Finkbeiner et Art Braid, membre du CA et administrateur de la MPF

*Vous trouverez ci-dessous le discours de présentation de M. Braid du prix à M. Finkbeiner.*

« J'ai le plaisir et l'honneur de présenter le Prix d'excellence à un homme dont la contribution à notre association s'étend sur une période ininterrompue de 38 ans. De toute évidence, il était grand temps qu'un tel engagement soit reconnu.

Si je me souviens bien, c'est en 1975 que Patricia Hedley, jeune finissante en travail social, s'est jointe à l'ACP en tant que conseillère en réadaptation. La même année, Doug Finkbeiner, finissant en droit, était admis au barreau. Quel heureux concours de circonstances! Peu de temps après ils se mariaient. Pendant 5 années, Pat a excellé comme conseillère en réadaptation et lorsqu'elle nous a quittés, elle nous a laissé en cadeau un nouveau membre du conseil d'administration, son mari Doug. Et quel cadeau !

C'est ainsi qu'une durée de service ininterrompue à l'ACP a commencé en 1980 et s'est poursuivie jusqu'à aujourd'hui. L'année où Doug est devenu membre du conseil d'administration, il a accepté de servir en tant que président et directeur du conseil. Il a occupé ce poste pendant 5 années, suivies de 3 années en tant que membre du conseil. Lorsqu'il est devenu président et directeur du conseil, il est devenu en même temps un des administrateurs de la Manitoba Paraplegia Foundation. Il a été président et directeur de la MPF sans interruption depuis 22 années. Au cours des 38 dernières années, il a été l'un des administrateurs de l'ACP ou de la MPF. Je ne connais aucun autre organisme qui peut se vanter d'avoir bénéficié du service dévoué d'une seule personne pendant autant d'années. À la

MPF il a vu le capital croître de moins de 100 000 \$ à 2 000 000 \$, lorsqu'on y inclut la dotation de 1 000 000 \$ détenue en fiducie pour l'ACP par la Winnipeg Foundation.

Ce que je viens de mentionner serait suffisant en soi pour remettre le prix d'excellence à Doug. Cependant, sa contribution dépasse les responsabilités qu'il a assumées en tant qu'administrateur. Si l'ACP et la MPF devaient désigner un conseiller juridique honoraire, ce serait Doug. Nous avons eu recours à lui à de nombreuses reprises au cours des années pour des conseils juridiques et d'autres conseils, ainsi que pour préparer et déposer divers documents.

Parmi les questions d'ordre juridique dont il s'est occupé pour l'ACP et la MPF, mentionnons, entre autres, celles relatives aux assurances, à l'emploi, aux testaments et successions, aux contrats de sûreté et aux fiducies. Tout cela il l'a fait gratuitement, tout en ayant une pratique du droit très occupée et prospère au sein d'un des plus grands cabinets d'avocats du Manitoba. Toutefois, Doug, ce n'est pas n'importe quel avocat : depuis 2016, il figure parmi les meilleurs avocats au Canada, tel que reconnu par ses pairs dans la revue *Best Lawyers*. De plus, en 2013 et 2017, il a été désigné comme Meilleur avocat de l'année en droit des entreprises à Winnipeg dans l'annuaire *Best Lawyers for Corporate Law*. Pendant la plupart de son mandat à la présidence de la MPF, il était également directeur associé du cabinet d'avocats dont il est partenaire. Oui, c'est vrai qu'il peut demander des honoraires à tarif horaire très élevé. Toutefois, il a toujours eu du temps pour l'ACP et la MPF, du temps qu'il leur a consacré sans penser à en être rémunéré.

Pendant son mandat à la direction de la MPF, Doug est demeuré très actif dans sa profession et dans le bénévolat. Il a été conseiller et président du Barreau du Manitoba et a participé largement aux activités de Centraide de Winnipeg, d'abord en tant que président de divers comités, puis en tant que directeur de la campagne 2012 de Centraide.

C'est ainsi que, mesdames et messieurs, j'ai le très grand plaisir de remettre en votre nom le prix d'excellence de l'ACP pour l'année 2018 à quelqu'un que je suis fier de considérer comme un collègue et un ami, quelqu'un qui se soucie de la condition des êtres humains, M. Doug Finkbeiner. »

## La clé de l'apprentissage de l'anglais

Laurence Haien

**D**ans cet article, Laurence Haien s'entretient avec Won sur son apprentissage de l'anglais langue seconde.

**ACP: Parlez-moi de vous.**

**Won :** Je suis née en Corée du Sud. Ma mère, mon frère et ma sœur y vivent encore. Je suis arrivée à Winnipeg il y a 15 ans avec mon mari et une fille de 2 ans. Deux autres enfants, un garçon et une fille, sont nés ici. Mon garçon a 7 ans et ma fille 12.

**ACP: Depuis quand vivez-vous avec une lésion médullaire et comment est-ce que ça vous affecte?**

**Won :** Je vis avec une lésion médullaire depuis environ 2 ans. Je ne peux pas me servir de mes jambes et je me déplace donc en fauteuil roulant manuel. J'ai parfois des spasmes dans les jambes et c'est inconfortable.

**ACP: Est-ce que vos enfants parlent le coréen?**

**Won :** Mes filles le parlent, tandis que mon fils ne le parle pas. Je vais lui enseigner à le parler.

**ACP: Pourquoi voulez-vous qu'ils parlent le coréen?**

**Won :** Je me sens plus à l'aise de parler le coréen avec mes enfants, surtout pour exprimer mes émotions.

**ACP: Avez-vous étudié l'anglais en Corée dans votre jeunesse?**

**Won :** Oui, je l'ai étudié au 2<sup>e</sup> cycle du primaire, puis au secondaire. J'ai suivi des cours de 2 à 3 fois par semaine pendant 6 ans. Ils duraient environ 1½ heure. J'étudiais la grammaire et la lecture; il m'arrivait rarement de parler anglais.

**ACP: Parliez-vous l'anglais lorsque vous êtes arrivée au Canada?**

**Won :** Je parlais un peu l'anglais. Je le lisais et je l'écrivais un peu

mieux que je ne le parlais. Je ne comprenais presque rien lorsqu'on parlait en anglais.

**ACP : Avez-vous passé les tests d'évaluation de votre maîtrise de l'anglais en arrivant ici? Quels ont été vos résultats?**

**Won :** Oui, j'ai passé ces tests, ici à Winnipeg, il y a 10 ans. J'ai obtenu un score de 4 en composition et en compréhension à l'écrit et de 5 à l'oral.

**ACP : Parlez-moi de votre apprentissage de l'anglais.**

**Won :** Je n'ai pas encore beaucoup appris l'anglais. J'ai besoin de l'apprendre parce que mes enfants parlent l'anglais et se sentent à l'aise dans cette langue.

**ACP : Où avez-vous étudié l'anglais?**

**Won :** À la Bibliothèque publique de Winnipeg, une fois par semaine. J'ai commencé il y a 6 mois. J'ai suivi 2 sessions de 3 mois chacune.

**ACP : Parlez-moi de vos camarades de classe. Combien étiez-vous? Quelles langues parlaient-ils? Est-ce qu'il y avait un nombre égal d'hommes et de femmes?**

**Won :** Il y avait environ 20 étudiants. Ils parlaient le russe, le portugais, le chinois, le coréen, ainsi que quelques langues africaines. Il y avait le même nombre d'hommes et de femmes dans la classe.

**ACP : Comment trouvez-vous ça apprendre l'anglais?**

**Won :** C'est tellement difficile. Étant donné que mes camarades venaient de plusieurs pays différents, ils avaient une prononciation et des accents différents. C'était difficile pour moi de les comprendre. Je ne comprenais pas ce qu'ils disaient et je ne savais pas comment répondre à leurs questions. N'ayant pas de bonnes habiletés auditives, j'ai perdu confiance en moi-même. J'avais peur de parler, de me tromper et d'avoir l'air ridicule.

**ACP : Qu'est-ce que vous avez fait en classe?**

**Won :** En classe, nous étions regroupés par 2 pour parler. L'enseignante décidait de quoi nous allions parler à chaque cours. Nous avons parlé de culture, de cuisine et de notre jeunesse. Dans l'un des cours, nous avons parlé du sommeil. J'ai appris que, dans certaines cultures, on croit que Dieu viendra chercher les enfants qui ne s'endorment pas et qui ne restent pas endormis.

**ACP : Où avez-vous étudié l'anglais par la suite?**

**Won :** Je suis allée à l'Université de Winnipeg pendant 3 mois, où j'ai étudié l'anglais 2 soirs par semaine.

**ACP : Parlez-moi de ce cours.**

**Won :** Il y avait environ 25 étudiants, avec un nombre égal d'hommes et de femmes. Ils venaient de la Russie, du Brésil, du Mexique, de l'Afrique, de la Corée et de la France. Mon enseignante venait de l'Inde et elle avait un accent. Tout le monde a un accent. Parfois, j'avais de la difficulté à la comprendre. Le plus important dans ce cours, c'était de pouvoir parler en anglais.

**ACP : Qu'est-ce qui se passait en classe? Qu'est-ce que vous faisiez?**

**Won :** L'enseignante décidait de quoi nous allions parler à chaque cours. L'un des sujets était la culture. Dans la culture coréenne, nous ne célébrons pas la fête de Noël de la même façon que vous le faites au Canada. Le 25 décembre, seuls les enfants reçoivent des cadeaux, et non les adultes. Nous décorons un peu et nous avons un souper habituel, rien de spécial.

Nous avons aussi appris à nous exprimer de manière polie. Par exemple, on apprenait à dire : « Pourriez-vous me raconter l'histoire, s'il vous plaît? » et non « Racontez-moi l'histoire. »

**ACP : Aviez-vous des devoirs à faire?**

**Won :** Oui, des devoirs de vocabulaire et d'expression écrite. L'enseignante nous a indiqué un site Web avec du vocabulaire à utiliser. Nous devions apprendre les mots sur ce site et comment nous en servir. Elle nous demandait d'écrire sur quelque chose, tel que pourquoi nous avons décidé de suivre le cours. J'ai répondu que j'avais décidé de suivre le cours parce que j'avais besoin de traverser une période de deuil. J'ai besoin de me concentrer sur autre chose. J'ai aussi choisi de suivre le cours pour communiquer avec des amis, des travailleurs sociaux, des médecins et l'ACP.

**ACP : Aviez-vous des tests?**

**Won :** Oui, mais seulement à l'Université de Winnipeg. Des tests sur le vocabulaire, l'audition, l'expression écrite et parfois l'expression orale. J'ai dû faire une présentation sur pourquoi j'avais décidé de suivre le cours.

**ACP: Avez-vous trouvé ça difficile d'apprendre l'anglais?**

**Won :** Oui, c'était difficile. Je trouvais que le niveau de compétence de mes camarades était supérieur au mien. Ils comprenaient ce que disait l'enseignante, parce qu'ils répondaient correctement à ses questions. Ça me rendait anxieuse.

**ACP: Cependant, vous avez persévéré. Pourquoi?**

**Won :** Il fallait que j'oublie mon état physique, le fait d'être médullolésée, et d'autres choses encore.

**ACP: Qu'est-ce que vous avez appris à votre sujet en étudiant l'anglais?**

**Won :** J'ai besoin d'étudier davantage. Ma connaissance de l'anglais n'est pas suffisante. Mon anglais est meilleur maintenant et je peux communiquer avec des médecins et d'autres personnes.

**ACP: Avez-vous des conseils à donner à quelqu'un qui envisage d'améliorer son anglais?**

**Won :** Il faut parler en anglais avec quelqu'un, et souvent. Le plus important, c'est d'apprendre à parler en anglais. Si vous avez peur et êtes anxieux, vous ne pouvez parler de rien. Je suis timide. Mon mari parle mieux l'anglais que moi, mais il n'a pas peur et n'est pas anxieux. C'est une personne amicale et il a besoin d'utiliser l'anglais dans son travail.

**ACP: Comment votre vie serait-elle plus facile si vous parliez mieux l'anglais?**

**Won :** Je pourrais aider mes enfants lorsqu'ils ont des difficultés émotionnelles. Je m'inquiète qu'à l'avenir, mes enfants connaîtront mieux l'anglais que moi et que je ne pourrai pas parler avec eux de choses plus complexes. Je pourrais me faire plus d'amis. Je me sentirais mieux et ma vie serait meilleure. Je pourrais travailler.

**ACP: Qu'est-ce que vous allez faire pour améliorer votre anglais?**

**Won :** J'ai une amie anglophone. C'est ma meilleure amie. Je prête attention aux bons mots qu'elle emploie. Nous nous rencontrons une fois par semaine et nous parlons anglais. Je regarde la télévision en anglais et j'apprends ainsi davantage d'anglais. Je pourrais lire des livres et des revues en anglais.

**ACP: Qu'est-ce que votre famille pense de votre apprentissage de l'anglais?**

**Won :** Ils sont contents parce que je peux mieux comprendre les nuances. Je suis en train de m'améliorer.

**ACP: Merci, Won.** Votre confiance en vous-même et votre capacité à communiquer en anglais se sont améliorées dans le peu de temps que j'ai travaillé avec vous. J'espère que vous êtes fière de vos efforts et de ce que vous avez accompli jusqu'à présent. Vous êtes un bon exemple pour d'autres membres de l'ACP dont l'anglais n'est pas leur première langue et qui pourraient être encouragés par le récit de votre apprentissage de l'anglais à suivre des cours afin d'améliorer leur connaissance de l'anglais. Et comme vous l'avez bien dit, savoir parler en anglais, c'est ce qui est important. Ça ouvre des portes

## Surmonter l'impossible

*Grâce à de l'équipement innovateur, un tétraplégique retrouve son indépendance et reprend le travail.*

**Texte de Laura Johnson, Two Rivers Marketing – Soumis par l'entreprise Bobcat**

**T**revor Brown pose ses mains sur les commandes de sa chargeuse compacte sur chenilles Bobcat® et tourne la clé. Le moteur se met à vrombir. Il met la machine en marche arrière et la sort de l'endroit où elle est garée. Il se dirige ensuite vers un pâturage pour y dresser une clôture. Tout ça, il le fait, assis dans son fauteuil roulant.

À 50 ans, Trevor, un tétraplégique, se sert de sa chargeuse T595 actionnée par une radiocommande pour ramasser de la neige, niveler de la terre, creuser des trous de poteaux, déplacer des broussailles et accomplir diverses autres tâches sur sa petite

terre au Manitoba.

« J'ai retrouvé une partie importante de ma vie en pouvant faire de nouveau ce genre de travail et contribuer quelque chose à notre entreprise », affirme Trevor.

### **Un changement inattendu**

En 1991, Trevor a quitté son emploi de menuisier pour démarrer une entreprise d'armoires fabriquées sur mesure appelée Tailored Cabinets and Design, qu'il menait à partir d'un atelier sur son terrain. Charlene, sa femme, lui prêtait main-forte et, à l'aide d'une chargeuse Bobcat 743, ils arrivaient à faire le reste du travail – à enlever des barils remplis de petits morceaux de bois rejetés par la défonceuse à bois et à s'acquitter d'autres tâches sur leur ferme. L'entreprise prit de l'expansion. Ils engagèrent quelques ouvriers et, au cours des 15 années suivantes, ils fabriquèrent des centaines d'armoires et de comptoirs de cuisine.

Vers la fin de 2007, souffrant de douleurs au cou, Trevor subit une intervention chirurgicale ordinaire. Lorsqu'il se réveilla, il se retrouva paralysé. Le médecin avait raté l'opération et Trevor, qui jusqu'alors dirigeait une entreprise prospère, est devenu du jour au lendemain un tétraplégique luttant pour prendre son souffle aux soins intensifs.

« Lorsque Trev a été blessé, ce fut un véritable choc pour nous, dit Charlene. Avant, il bougeait tout le temps. Il était toujours occupé, toujours en train de construire quelque chose. Nous étions dévastés en nous rendant compte qu'un changement énorme s'était opéré dans sa vie. »

Trevor est demeuré à l'hôpital pendant le reste de l'hiver pour s'adapter à son nouvel état de santé physique. Leurs deux enfants, âgés de 12 et 16 ans à l'époque, ont donné un coup de main avec les travaux de la ferme, mais c'est Charlene qui a dû assumer elle-même le plus gros du travail.

« J'avais beaucoup de choses à apprendre pour gérer le tout moi-même, dit Charlene. Nous nous demandions si nous pourrions continuer à assurer le bon fonctionnement de l'entreprise. Trevor était toujours à la recherche d'autres moyens de faciliter mon travail. »

En 2008, ils décidèrent de changer de modèle de Bobcat pour la S185 sur roues avec cabine fermée, afin que Charlene puisse demeurer au chaud pour enlever la neige en hiver et avoir de l'air climatisé pendant l'été.

Trevor sortit de l'hôpital au printemps et retourna à la maison avec l'espoir de recouvrer une partie de ses fonctions physiques.

« Au fil des mois, je me suis rendu compte que ça ne s'améliorait pas, que mon état physique demeurait inchangé », dit Trevor. « Je me suis alors dit : "Bon, qu'est-ce que je vais faire maintenant?" »

« Je ne pouvais plus faire la plupart des choses que je faisais auparavant. Pendant des années, j'entrais dans mon atelier et je ne pouvais plus me servir de mes outils et de mon équipement. J'aimais mon travail. La chose la plus difficile pour moi, ça a été de me retrouver du jour au lendemain couché dans un lit, sans pouvoir bouger. Sur le plan émotionnel, je me remets très lentement de tout ce que je constate avoir perdu ce jour-là. »

Sa paralysie a complètement changé le roulement de son entreprise. Le travail s'est arrêté et il a dû mettre à pied ses deux employés. Néanmoins, Trevor était décidé à trouver un moyen de continuer à usiner le bois. Il avait acheté une défonceuse informatisée en 2007 et il s'est mis à la programmer avec ses dessins.

Bien que Trevor ne puisse plus fabriquer des armoires et des comptoirs de cuisine du début à la fin, lui et Charlene coupent maintenant les composants de mobilier de cuisine pour d'autres contracteurs à partir de dessins numérisés. Trevor programme la défonceuse et Charlene place le bois pour qu'il soit taillé.

### **Machine actionnée par une télécommande**

Même si Trevor avait trouvé un moyen de continuer à faire rouler son entreprise, il lui restait encore à redevenir indépendant sur sa propriété.

« La charge de travail de Charlene était incroyablement lourde. J'en étais conscient et ça me brisait le cœur, dit Trevor. Dès le premier jour après ma blessure, je me suis dit : "Comment est-ce que je peux lui faciliter la tâche?" J'ai toujours été un gars pratique avec les outils et l'équipement, alors je me suis dit : "De quelle sorte d'équipement avons-nous besoin pour nous aider à relever certains des défis auxquels nous sommes et

serons confrontés?”

C'est alors que Trevor a remarqué une S185, avec cette étiquette : “Prête à faire fonctionner avec une télécommande”. Son concessionnaire l'informa que l'entreprise Bobcat offrait en effet des radiocommandes pour ses chargeuses compactes.

« Pendant toutes ces années, j'avais une idée en tête, dit Trevor. Obtenir un jour une télécommande de manière à pouvoir manœuvrer la chargeuse sans avoir à être assis dedans, mais plutôt dans mon fauteuil roulant. »

À cause de son état de santé physique, Trevor doit demeurer assis dans son fauteuil roulant moulé sur mesure, afin d'éviter les risques à sa santé. Il savait qu'avec une télécommande, il pourrait manœuvrer une chargeuse Bobcat compacte et ses divers accessoires de la façon la plus normale possible, sans avoir à quitter son fauteuil roulant. Lui et Charlene commencèrent à mettre de l'argent de côté et, en décembre 2016, ils purent acheter une chargeuse compacte T595, série M2, munie d'une radiocommande.

« Je peux passer la télécommande par-dessus mon épaule, démarrer la chargeuse et partir, dit Trevor. Ça a transformé ma vie, parce que pendant plusieurs années j'étais contraint de rester assis et de ne pas pouvoir m'attaquer aux travaux de la ferme. Maintenant j'ai un moyen de le faire. »

Charlene dit que Trevor avait du mal à demander de l'aide pour les travaux de la ferme. Le fait de pouvoir s'en occuper lui-même a renforcé son estime de soi.



« Lorsqu'ils ont installé la télécommande devant Trev et qu'il s'est mis à conduire la chargeuse dans la cour, l'expression sur son visage valait mille mots », dit Charlene. « Il était émerveillé d'avoir une machine puissante pour accomplir de gros travaux. Désormais, il n'attend plus personne. Son sentiment d'indépendance a augmenté de 500 %. Cette chargeuse est la machine parfaite pour bien faire les choses. »

### **Des accessoires qui permettent d'accomplir plusieurs tâches**

La première tâche à laquelle Trevor s'est attaquée avec sa chargeuse à télécommande fut de dégager la neige de la longue entrée à sa propriété. L'entrée et la cour doivent demeurer accessibles, puisque des semi-remorques font des livraisons hebdomadaires à l'atelier de menuiserie. À l'aide de la lame de déneigement Trevor peut tasser la neige à des angles multiples et charger la neige dans un godet, ce qui lui permet d'être polyvalent.

« C'est vraiment bien de pouvoir pousser la neige de côté avec la lame, puis de m'en servir comme lame de nivelage en avançant les lames de côté, dit Trevor. L'hiver dernier, je dégageais la neige en demeurant bien au chaud dans ma camionnette. Parfois, après une chute de neige, ça va me tenir occupé pendant plus d'une journée. »

Le terrain des Brown est voisin de 55 acres de bois dur et Trevor utilise la chargeuse et le grappin utilitaire pour enlever les arbres tombés et les transporter au banc de sciage.

« C'est frustrant pour moi d'être en fauteuil roulant sans pouvoir me servir de mes bras, mais c'est là où le grappin s'avère pratique », dit Trevor. Nous allons dans la forêt, mettons le grappin sur un billot et le sortons du bois. Je peux le déposer sur le banc de sciage et le positionner assez bien. Ça remplace beaucoup du travail manuel requis pour transporter ces gros tronçons de bois lourd. »

Le grappin sert aussi à ramasser du foin et du fumier, tandis qu'une tarière avec un forêt de 8 po aide à creuser des trous et à planter des poteaux de clôture autour de nouveaux enclos pour le bétail et les chevaux. En dehors des mois d'hiver, le godet à neige sert à transporter des aiguilles de pin de la forêt de pins qui ont été ramassées dans des tas et des barils pleins de morceaux de bois rejetés par la défonceuse.

Afin de préparer le terrain pour une plateforme en béton près de la grange l'été dernier, Trevor s'est servi du godet pour creuser une tranchée autour du terrain et la remplir de gravier, qu'il a ensuite tassé. Trevor dit que les chenilles en caoutchouc de sa chargeuse compacte actuelle procurent une portance supérieure à celle de son ancienne chargeuse S185 sur la terre meuble de la cour de la ferme. De plus, la possibilité de se servir de 2 vitesses augmente sa productivité.

« Grâce aux commandes de vitesse, je peux opérer la chargeuse de façon très précise », dit Trevor. « Quand je transporte une pleine charge d'un bord à l'autre du terrain de stationnement, je peux la déplacer à une vitesse plus élevée. Quand j'approche du bâtiment et que je m'appête à couper quelque chose, je peux réduire la vitesse. Ça me donne le temps de jouer avec les commandes et d'opérer la machine. »

La nouvelle chargeuse sur chenilles et sa radiocommande ont permis à Trevor et à Charlene de retrouver un certain sens de retour à la normale.

« Nous sommes en général dehors toute l'après-midi et la soirée, dit Trevor. Nous travaillons toute la journée comme on le faisait avant. Il y a rarement un jour où nous rentrons à la maison avant dix heures le soir. J'ai grandi sur cette terre depuis 1971. Nous aimons vivre à la campagne. On ne se voit pas déménager d'ici un jour. Étant donné ma blessure, la machinerie a pris une place importante dans notre vie. C'est ce qui nous permet de ne pas prendre de retard par rapport au travail qu'il y a à faire ici chaque jour. »

« J'ai eu beaucoup de plaisir à apprendre à opérer la chargeuse avec la radiocommande. C'est probablement ce qui m'a donné le plus de plaisir depuis que je me suis retrouvé en fauteuil roulant il y a 9 ans et surtout à cause de tout ce que je peux accomplir. »

## Zahida Ibrahim - une voix venant d'Alep

Bernie Gaudet et Hevin Ahmad, interprète

**BERNIE** : Zahida, d'où venez-vous?

**ZI** : Je suis née à Afrin, dans le district d'Alep, en Syrie. J'ai fait mes études secondaires à Alep, puis j'y ai rencontré mon mari Muhammed et nous y sommes demeurés pendant 16 ans.

**BERNIE** : Avez-vous fait d'autres études? Quel genre d'emploi aviez-vous?

**ZAHIDA** : J'ai seulement un diplôme d'études secondaires, mais j'ai commencé à travailler dans une entreprise pharmaceutique peu après mes études. Je travaillais dans les technologies de l'information et j'ai suivi une formation offerte dans ce domaine par l'entreprise.

**BERNIE** : Quand avez-vous quitté Alep?

**ZAHIDA** : Vous êtes au courant de la guerre civile en Syrie? Beaucoup de nos connaissances nous racontaient des choses terribles qui leur arrivaient. Il n'y avait pas d'avenir pour nos enfants, ni à Afrin, ni à Alep. En 2011, nous avons décidé en famille de nous rendre en Turquie et de demander le statut de réfugiés.

**BERNIE** : En Turquie, avez-vous choisi de venir au Canada ou à Winnipeg?

**ZAHIDA** : Non, c'est le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés qui détermine notre destination. On nous a demandé si nous étions disposés à venir au Canada. Nous avons répondu que oui et on nous a alors informés que nous irions à Winnipeg.

**BERNIE** : Quand vous êtes-vous retrouvée en fauteuil roulant?

**ZAHIDA** : Le 7 janvier 2016, un jour sombre dans ma vie.

**BERNIE** : En effet, vous vous souvenez de la date exacte.

**ZAHIDA** : C'était un vendredi, à 2 h 30.

**BERNIE** : Quels sont les principaux défis que vous avez à relever au quotidien?

**ZAHIDA** : Il y en a beaucoup. Des choses simples, comme me déplacer, faire des choses dans la cuisine. Si l'une de mes filles est malade, je ne peux pas l'aider autant que je le voudrais. Toute ma vie a changé.

**BERNIE** : Quelles différences avez-vous remarquées quant à la perception des personnes handicapées en Syrie, en Turquie et au Canada?

**ZAHIDA** : J'étais en Turquie lorsque je suis devenue paraplégique. Je crois que les choses auraient été pires si j'étais restée en Syrie, parce qu'on n'y traite pas bien les personnes ayant un handicap. J'ai reçu un très bon traitement en Turquie; de plus, je pense que le médecin était bon. J'ai reçu de l'aide de différentes personnes et du gouvernement aussi. Lorsque nous sommes venus au Canada, j'espérais être complètement guérie. De toute évidence, ce n'est pas le cas. Les gens d'ici m'ont aidée et j'ai des suivis médicaux, mais le spécialiste et les deux neurologues que j'ai consultés ici ne m'ont donné aucun espoir de pouvoir marcher à nouveau. C'est très décevant. Je pensais qu'au Canada, je pourrais trouver une solution à mon état de santé, mais ce n'est pas le cas.

**BERNIE** : Oui, je suis d'accord. Faire face à la réalité est une première étape importante et souvent difficile. Mais il est tout aussi important de se rendre compte de son propre potentiel, de se rappeler ce qui est possible et d'essayer d'y arriver.

**ZAHIDA** : Je commence à m'en rendre compte maintenant. Ma dernière consultation en physiothérapie s'est mieux déroulée que les précédentes. Nous avons commencé à faire différents exercices et cela a fait du bien. Je me sens plus forte.

**BERNIE** : C'est une bonne chose! Une dernière question. Quels sont vos objectifs pour vous et votre famille dans l'immédiat?

**ZAHIDA** : Ma priorité est de faire en sorte que mes filles terminent leur secondaire et aillent à l'université. Elles peuvent étudier ce qu'elles veulent. Mon aînée veut être chirurgienne et la deuxième, dentiste. Mon mari et moi avons besoin d'étudier l'anglais. Après, je vais examiner les options qui s'offrent à moi et décider dans quel domaine je veux étudier et travailler.

**BERNIE** : L'ACP pourra vous aider à explorer ces options. Merci de nous avoir accordé de votre temps, Zahida.



## **NOUVELLES DE LA MANITOBA PARAPLEGIA FOUNDATION INC.**

**L**es 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 à un membre de l'ACP pour l'achat d'un siège de douche rembourré et d'un système de rail au plafond lui permettant d'avoir accès à la douche dans sa salle de bain. Au lieu d'un bain hebdomadaire à l'éponge au lit, il peut désormais prendre une douche en bonne et due forme, prévenir l'altération de l'intégrité de sa peau et éprouver plus de dignité et d'estime de soi.
- De l'aide financière a été accordée à un autre membre pour l'achat d'un appuie-dos et d'un coussin, qui lui fourniront un bon soutien postural et plus de confort, et l'aideront à mieux gérer les points de pression et la douleur.
- De l'aide financière a été accordée à un autre membre ayant une lésion de haut niveau pour l'achat de sangles de mollets rembourrées, d'une sangle de remplacement pour son appuie-tête et de coussins gouttière pour son fauteuil roulant. La sangle d'origine de l'appuie-tête était usée et effilochée et ne remplissait plus sa fonction. Quant aux sangles de mollets, elles sont plus confortables que les coussins fermes habituels pour mollets et contribueront à la prévention de point de pressions.
- De l'aide financière a été accordée à un membre de l'ACP pour l'achat d'un appuie-dos fait sur mesure, d'une manette de commande pour son fauteuil roulant électrique, d'une marchette, d'un tabouret de baignoire et d'un ouvre-boîte et d'un ouvre-bouteille à un seul manche. L'appuie-dos lui permettra de demeurer assis plus longtemps, tandis que la marchette facilitera l'accès à sa salle de bain et le tabouret les transferts en toute sécurité. Le membre est incapable d'ouvrir des pots et des boîtes de conserve à cause d'une mobilité réduite de ses mains. L'ouvre-boîte et l'ouvre-bouteille contribueront à accroître son autonomie et peut-être à réduire la nécessité d'avoir recours aux soins à domicile pour la préparation de tous ses repas.
- Du soutien financier sous forme de subvention et de prêt a été accordé à un membre de l'ACP pour l'achat d'une camionnette accessible. Étant donné que lui et son épouse vivent en milieu rural, ils ont besoin d'un mode de transport accessible pour participer pleinement à la vie de la communauté. La camionnette leur permettra, entre autres, de visiter leurs enfants, leurs familles et se rendre à l'église et à des rendez-vous chez le médecin.
- De l'aide financière a été accordée à un membre de l'ACP pour l'installation au plafond du salon de son appartement d'un système de rails. À l'aide de ce système de rails, il pourra transférer à son divan et soulager la pression sur différentes parties de son corps en changeant de position dans son lit et son fauteuil roulant. Le fait de pouvoir changer souvent de position favorisera une cicatrisation plus rapide des plaies de pression existantes et contribuera à la prévention de telles plaies.
- De l'aide financière a été accordée à un membre de l'ACP pour la construction d'une rampe qui lui permettra d'entrer et de sortir de chez lui de manière sécuritaire et de bénéficier d'une plus grande autonomie.
- De l'aide financière a été accordée à un autre membre pour l'achat d'un coussin et d'un appuie-dos fabriqués sur mesure. En demeurant assis dans un fauteuil roulant sans bons appuis, sa posture et son équilibre continueront de se détériorer, ce qui pourrait entraîner une altération de l'intégrité de sa peau, une plus grande difformité et une mauvaise posture. Le coussin et le dossier fourniront non seulement le soutien indispensable au membre, mais lui permettront également de continuer à s'autopropulser avec son fauteuil roulant manuel et de mener à bien bon nombre de ses activités quotidiennes.
- De l'aide financière a été accordée à un membre de l'ACP pour l'achat de charnières à axe déporté pour les portes de sa maison. Ces charnières lui permettront d'entrer et de sortir chez lui de manière sécuritaire et réduiront le risque de se blesser les mains en frappant la porte et son encadrement avec son fauteuil roulant.
- De l'aide financière a été accordée pour couvrir les frais de participation à des jeux de quilles dans la région de Westman. Encourager les personnes de la région ayant une lésion médullaire ou un autre handicap à participer à des activités sportives et récréatives présente de nombreux avantages, notamment sur la santé mentale et physique, la socialisation et les contacts professionnels. Un soutien financier a aussi été accordé pour la conception et le lancement d'un site Web visant à promouvoir le groupe Brandon Wheelchair Sports and Leisure.

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

## **Conseil d'administration de la MPF**

*Doug Finkbeiner, c.r. – président*

*Arthur Braid, c.r. – vice-président*

*James Richardson Jr. – trésorier*

*D<sup>re</sup> Lindsay Nicolle*

*John Wallis*

*Kristine Cowley, Ph. D.*

*D<sup>r</sup> Jan Brown*

*Leonard Steingarten*

# **Vivre bien après un diagnostic de diabète**

**Kelly Tennant**

**E**nviron 11 millions de Canadiens et Canadiennes vivent actuellement avec le diabète ou le prédiabète, et chaque 3 minutes une autre personne est diagnostiquée comme étant diabétique<sup>1</sup>. Bien qu'il n'existe pas de guérison pour le diabète, il peut être géré efficacement, contribuant ainsi à prévenir des complications secondaires à la maladie, telles que l'amputation des membres inférieurs, la cécité et des lésions aux nerfs.

## **Qu'est-ce que le diabète?**

Le diabète est une maladie chronique (de longue durée) où le corps ne peut pas produire de l'insuline (diabète de type 1) ou n'utilise pas l'insuline qu'il produit de manière adéquate (diabète de type 2). L'insuline est une hormone sécrétée par le pancréas et qui contrôle la quantité de glucose (sucre) dans le sang, soit en le transformant en énergie, soit en le convertissant en gras<sup>1</sup>. Dans le cas du diabète, le sucre continue de circuler dans le sang au lieu d'être transformé. Des taux de sucre continuellement élevés peuvent endommager les vaisseaux sanguins, ainsi que les organes et les nerfs du corps. Les parties du corps nécessitant une très bonne circulation sanguine, telles que la peau, les yeux et le cerveau, sont particulièrement exposées au risque de dommages causés par le diabète.

## **Quelle est la différence entre le diabète de type 1 et le diabète de type 2?**

Le diabète de type 1 est communément appelé diabète juvénile, car la plupart des personnes diagnostiquées avec ce type de diabète sont des enfants, bien qu'il puisse aussi se développer à l'âge adulte. Le diabète de type 1 se présente lorsque le système immunitaire attaque et tue par erreur les cellules du pancréas produisant de l'insuline; très peu ou pas d'insuline est alors libérée dans l'organisme pour transformer le glucose. Environ 10 % des diabétiques ont le diabète de type 1<sup>1</sup>. Le traitement de ce type de diabète nécessite toujours de l'insuline et une planification attentive des repas contribue également à réguler la glycémie (taux de glucose dans le sang).

Le diabète de type 2 était autrefois connu sous le nom de diabète des adultes, mais de plus en plus d'enfants étant diagnostiqués avec ce type de diabète, en raison de problèmes de mode de vie, on le considère moins souvent comme une maladie qui se développe à l'âge adulte. Le diabète de type 2 se développe lorsque le corps ne peut pas utiliser correctement l'insuline sécrétée par le pancréas (insensibilité à l'insuline) ou qu'il ne produit pas assez d'insuline pour gérer un taux élevé de sucre dans le sang. Ce type de diabète est lié à une mauvaise alimentation, à l'obésité et au manque d'activité physique ou d'exercice. Environ 90 % des diabétiques ont le diabète de type 2<sup>1</sup>. Selon la gravité de la maladie, elle peut être gérée avec de l'insuline, avec le médicament metformine, ou par un régime alimentaire et/ou de l'exercice et de l'activité physique.

Il existe un troisième type de diabète dit diabète gestationnel, qui peut affecter les femmes pendant la grossesse. Environ 9 % des femmes enceintes développeront un diabète au cours de leur grossesse<sup>2</sup>, le risque étant le plus

élevé chez les femmes présentant des facteurs de risque du diabète de type 2. Pour certaines femmes, le diabète gestationnel est une maladie temporaire, mais environ la moitié des femmes développeront par la suite un diabète de type 2. Une bonne gestion du diabète gestationnel diminue ce risque.

### **Comment savoir si j'ai le diabète?**

Il n'est pas toujours évident que vous soyez diabétique. En fait, de nombreuses personnes atteintes du diabète de type 2 ne présentaient aucun symptôme avant le diagnostic. Il est donc important de consulter votre médecin de famille au moins une fois par année pour surveiller votre glycémie. Cela est particulièrement vrai pour les personnes de plus de 40 ans, celles qui ont des antécédents familiaux de diabète et toutes les personnes qui présentent des facteurs de risque du diabète de type 2, telles qu'une mauvaise alimentation, un surpoids, de l'obésité, l'inactivité physique ou le manque d'exercice. Plus tôt le diabète est dépisté, moins il risque d'avoir des effets néfastes durables sur votre santé.

Voici quelques signes ou symptômes courants du diabète :

- soif inhabituelle,
- urination fréquente,
- changement de poids (perte ou gain),
- fatigue extrême ou manque d'énergie,
- vision embrouillée,
- infections fréquentes ou récurrentes,
- coupures et ecchymoses lentes à guérir,
- picotements ou engourdissement dans les mains ou les pieds,
- difficulté à avoir ou à maintenir une érection.

Certains de ces symptômes du diabète peuvent s'apparenter aux effets physiques d'une lésion médullaire. Si vous constatez de nouveaux symptômes ou une aggravation de vos symptômes, ça peut indiquer que vous développez un diabète. Il est alors important de consulter votre médecin de famille et de vous faire examiner.

### **Comment le diabète est-il diagnostiqué?**

Il peut être diagnostiqué de plusieurs manières<sup>3</sup>:

- 1) **Glycémie à jeun.** Il s'agit d'un simple test sanguin, effectué en général le matin après avoir jeûné toute la nuit. Un taux égal ou supérieur à 7,0 mmol/L indique que la personne a le diabète.  
**Niveau A1c.** Il s'agit d'un test sanguin qui mesure la concentration d'hémoglobine glyquée (A1c) dans le sang. Un taux égal ou supérieur à 6,5 % indique que la personne a le diabète.
- 2) **Test de tolérance au glucose par voie orale.** Utilisé couramment pour diagnostiquer le diabète gestationnel, ce test consiste à jeûner pendant la nuit, puis à boire un liquide très sucré contenant 75 g de glucose. Un échantillon de sang est prélevé avant de boire le liquide à base de glucose, puis 2 heures plus tard. Une glycémie égale ou supérieure à 11,1 mmol/L deux heures après avoir bu le liquide indique que la personne est diabétique.
- 3) **Taux de glycémie sans être à jeun.** Si vous présentez des signes évidents de diabète, tels que ceux indiqués ci-dessus, il se peut que votre médecin mesure votre taux de glycémie alors que vous n'êtes pas à jeun. Si le taux est égal ou supérieur à 11,1 mmol/L, c'est une indication de diabète.

### **Quels sont les traitements pour le diabète?**

Selon le type et la gravité de votre diabète, votre médecin recommandera différents traitements. Le diabète de type 1 nécessite une thérapie de remplacement d'insuline à vie, car le corps est incapable de fabriquer sa propre insuline. Le remplacement se fait par plusieurs injections quotidiennes d'insuline ou l'administration continue d'insuline avec une pompe. Il est essentiel que les diabétiques insulino-dépendants vérifient souvent leur taux de glycémie.

En général, il est recommandé de vérifier sa glycémie avant chaque repas, au coucher, avant de faire de l'exercice ou de conduire, ou en tout temps lorsqu'on soupçonne avoir un faible taux de sucre dans le sang (hypoglycémie)<sup>4</sup>.

Vérifier sa glycémie se fait en prélevant une goutte de sang au bout du doigt et en la transférant sur une bandelette spécialisée, qui est ensuite insérée dans un petit appareil à main (un glycomètre), lequel affiche en quelques secondes les résultats de votre glycémie. La trousse avec le glycomètre est compacte et se transporte facilement, permettant ainsi de vérifier son taux de sucre dans le sang n'importe où.

La personne ayant le diabète de type 2 peut avoir besoin ou non d'insuline. De nombreux cas de diabète de type 2 sont bien gérés avec un régime alimentaire et de l'exercice. Certaines personnes atteintes de ce diabète peuvent avoir besoin de prendre le médicament metformine, qui réduit la production de glucose dans le foie et augmente la sensibilité du corps à l'insuline qu'il produit.<sup>5</sup> Dans les cas où le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline, on aura alors recours à la thérapie de remplacement.

Maintenir un régime alimentaire sain et s'adonner à un programme d'exercice sont importants pour toutes les personnes diabétiques. Prêter attention à ce que vous mangez, à l'heure à laquelle vous mangez et à la quantité de nourriture joue un rôle important dans la régulation de votre glycémie. Comme point de départ, vous pouvez réduire, mais non éliminer, la quantité de glucides que vous consommez, choisir des glucides de grains entiers et de légumes féculents, plutôt que des glucides raffinés, et augmenter votre consommation de légumes frais.

### **Quelles sont les ressources disponibles si j'ai du mal à gérer mon diabète?**

Il y a deux Centres de diabète Youville, l'un situé à Saint-Boniface, l'autre à Saint-Vital. Ils offrent de l'éducation sur l'autogestion du diabète et des ressources aux adultes de la région sanitaire de Winnipeg qui ont le diabète de type 1, de type 2 ou le diabète gestationnel<sup>6</sup>. L'équipe de soins du diabète comprend des éducatrices agréées en diabète (infirmières autorisées et diététistes), une conseillère et des spécialistes des soins des pieds (infirmière et podiatre). Pour se prévaloir des services du Centre, il faut y être référé par un endocrinologue ou votre médecin de famille.

Le Reh-Fit Centre sur l'avenue Taylor<sup>7</sup> et le Wellness Institute à l'hôpital Seven Oaks<sup>8</sup> offrent des programmes éducatifs sur la nutrition et l'exercice physique pour les diabétiques. Les programmes du centre sont gratuits pour les membres et 10 \$ pour les non-membres, tandis que ceux du Wellness Institute sont gratuits pour tous.

Si vous avez du mal à gérer les changements alimentaires suggérés par votre médecin, il peut vous diriger vers une diététiste de santé publique ou spécialisée dans les soins primaires. Les dépenses sont couvertes par Santé Manitoba, mais à noter que les listes d'attente sont longues. Les diététistes en pratique privée sont généralement en mesure de voir leurs clients beaucoup plus rapidement et il se peut que vous puissiez en voir un sans renvoi de votre médecin. À noter qu'ils facturent pour leurs services. Il se pourrait que votre régime d'assurance maladie complémentaire couvre une partie de leurs honoraires. Vous trouverez une liste des diététistes en pratique privée sur le site Web du College of Dieticians of Manitoba.<sup>9</sup>

Si vous avez seulement une ou deux questions à poser, vous pouvez appeler la ligne Dial-a-Dietitian pour parler à une diététiste agréée qui vous fournira des conseils gratuits sur une alimentation saine au téléphone. Appelez le 204-788-8248 à Winnipeg ou le numéro sans frais 1-877-830-2892<sup>9</sup>.

L'ACP offre de l'information sur l'alimentation et la prévention des plaies de pression aux membres qui sont diabétiques. Nous pouvons vous aider à développer vos compétences pour mieux gérer votre diabète et entrer en contact avec des personnes-ressources dans votre région, telles que des diététistes, des éducatrices agréées en diabète ou des infirmières spécialisées en soins des pieds.

### **Comment est-ce que je peux éviter le risque de développer le diabète?**

Si vous avez des antécédents familiaux de diabète ou si votre médecin vous a dit que vous êtes prédiabétique, il est important de modifier votre régime alimentaire et vos habitudes en matière d'exercice, afin de prévenir le développement du diabète. Les diabètes de type 1 et 2 sont des maladies incurables et qui durent toute la vie. Cependant, dans le cas du diabète de type 2, il existe des moyens de réduire votre risque de le développer.

Des changements de comportement sains entraînant une perte de 5 % de votre poids corporel initial peuvent retarder ou empêcher le développement du diabète de type 2<sup>1</sup>. Apporter des changements à votre régime alimentaire, tels que consommer moins de glucides, choisir des aliments ayant des glucides provenant de grains entiers plutôt que de grains raffinés, réduire votre consommation d'aliments contenant des sucres ajoutés et surveiller la quantité de nourriture que vous mangez peuvent tous contribuer à une perte de poids et à une amélioration globale de votre santé.

Faire de l'activité physique ou de l'exercice régulièrement contribue de façon importante à réduire le risque de développer le diabète en vous aidant à maintenir un poids santé et en améliorant le fonctionnement cardiovasculaire. En plus de changer leurs habitudes de vie, certaines personnes

atteintes de prédiabète peuvent aussi prévenir le développement du diabète de type 2 en prenant de la metformine<sup>1</sup>.

### **Bibliographie :**

1. Diabetes Canada : [www.diabetes.ca](http://www.diabetes.ca)
2. Gestational Diabetes During Pregnancy : [www.whattoexpect.com](http://www.whattoexpect.com)
3. How is Diabetes Diagnosed? Diabetes Care Community : [www.diabetescarecommunity.ca](http://www.diabetescarecommunity.ca)
4. Insulin Replacement Therapy. Diabetes Educational Services : [www.diabetesed.net](http://www.diabetesed.net)
5. How Does Metformin Work? : [www.diabetesdaily.com](http://www.diabetesdaily.com)
6. Youville Diabetes Centre/Centre de diabète Youville : [www.youville.ca](http://www.youville.ca)
7. Reh-Fit Centre : [www.reh-fit.com](http://www.reh-fit.com)
8. The Wellness Institute : [www.wellnessinstitute.ca](http://www.wellnessinstitute.ca)
9. College of Dietitians of Manitoba : [www.manitobadietitians.ca](http://www.manitobadietitians.ca)

## **Changements à l'Office régional de la santé de Winnipeg**

**Maria Cabas**

L'ORSW envoie des circulaires contenant des informations importantes aux citoyens de Winnipeg. Les services de santé changent le 3 octobre 2018. Il vaut mieux savoir où aller pour recevoir les meilleurs soins.

**Médecin ou clinique :** Les médecins et les cliniques sans rendez-vous sont le meilleur endroit où aller pour les problèmes de santé courants ne nécessitant pas de soins d'urgence ou de soins d'urgence mineure, tels que :

- maladies bénignes, grippe, éruptions cutanées ou infections,
- diagnostic et renvoi à un spécialiste,
- gestion continue de problèmes de santé et soins préventifs,
- ordonnances, vaccinations et inoculations.

Si vous avez besoin de trouver un médecin de famille, contactez le service de recherche de médecins de famille. Composez le 204-786-7111 ou le numéro sans frais 1-866-690-8260, ou encore consultez le site [www.gov.mb.ca/health/familydoctorfinder/index.fr.html](http://www.gov.mb.ca/health/familydoctorfinder/index.fr.html)

**Soins d'urgence mineure :** Le centre des soins d'urgence mineure de l'hôpital Victoria est ouvert en tout temps, 7 jours sur 7, pour traiter des problèmes de santé urgents, mais ne mettant pas votre vie en danger, tels que :

- maladie, blessure ou infection nécessitant une attention le jour même,
- intervention en cas de déshydratation,
- coupure qui n'arrête pas de saigner,
- possibilité d'entorse ou de fracture.

Une autre clinique de soins d'urgence mineure ouvrira ses portes à l'hôpital général de Seven Oaks.

**Urgence :** Les services d'urgence des hôpitaux de soins aigus sont ouverts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour traiter les problèmes de santé les plus graves et ceux qui mettent votre vie en danger. Composez le 911 ou rendez-vous à l'urgence pour tout problème tel que :

- AVC, faiblesse au visage ou aux extrémités des membres,
- crise cardiaque, douleur à la poitrine ou oppression thoracique,
- inconscience (incapable de réveiller la personne),
- apparition soudaine d'un intense mal de tête ou de confusion,
- convulsions et/ou blessure grave à la tête,
- difficulté grave à respirer ou difficulté à parler,
- hémorragie grave ou impossibilité de l'arrêter,
- traumatisme majeur tel que la perte d'un membre,

- réaction allergique grave,
- brûlures graves.

Si votre problème ne met pas votre vie en danger, vous risquez d'attendre plus longtemps à l'urgence, car les cas les plus graves seront traités en priorité.

**Services de santé mentale et de soutien :** Si quelqu'un traverse une crise de santé mentale, 2 options s'offrent à vous :

**La personne veut de l'aide :** Composez le numéro du service mobile d'intervention d'urgence (204-940-1781 ou rendez-vous au centre d'intervention d'urgence en santé mentale, ouvert en tout temps, 7 jours sur 7, au 817, avenue Bannatyne.

**La personne refuse de l'aide :** Composez le 911 ou rendez-vous à un service d'urgence, surtout si la personne risque de se blesser ou de blesser quelqu'un d'autre.

**Vous ne savez toujours pas où aller?**

Appelez Info Santé au 204-788-8200 ou au numéro sans frais 1-888-315-9257.

Pour trouver une clinique ou un centre de santé près de chez vous, consultez le site [wrha.mb.ca/index-f.php](http://wrha.mb.ca/index-f.php)

(Extrait de : [www.guerirnotresystemedesante.ca/where-to-go.php](http://www.guerirnotresystemedesante.ca/where-to-go.php))

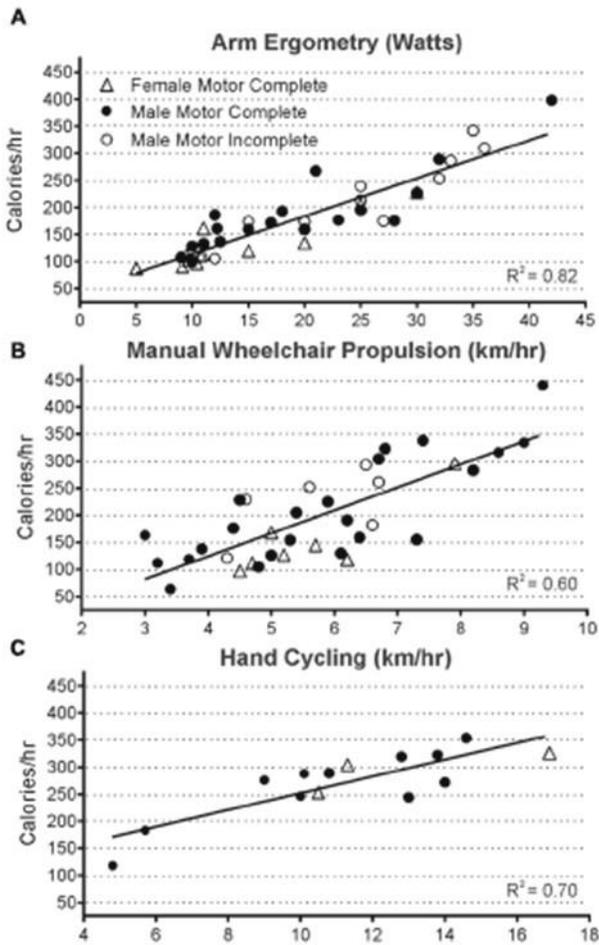
## **Dépense énergétique chez les personnes médullolésées : Faut-il des lignes directrices propres aux tétraplégiques au chapitre de la dépense énergétique?**

**Kristine Cowley, Ph. D.**

Chacun de nous doit dépenser (activité, exercice) l'énergie consommée dans son alimentation (teneur en calories ou kcal des aliments et boissons). Autrement, nous finirions par emmagasiner l'énergie supplémentaire sous forme de graisse. Il y a quelques années, nous avons commencé à étudier la dépense énergétique au repos et à l'effort de personnes tétraplégiques. Un des articles issus de cette recherche vient d'être publié (Shea *et coll.* 2018) et en voici quelques-unes des principales conclusions :

L'étude a consisté à mesurer la dépense énergétique au repos de 25 tétraplégiques (C4-C5 à C8; quadriplégie/lésion de la moelle épinière cervicale), et la dépense énergétique à l'effort durant trois types d'activités (ergométrie du bras, fauteuil roulant, vélo à main). Nous nous sommes surtout intéressés aux personnes tétraplégiques, car elles risquent plus que les paraplégiques de contracter un diabète de type II et de souffrir d'obésité ou d'une maladie cardiovasculaire, et parce que peu d'études ont été effectuées chez les tétraplégiques. Nous avons observé que les personnes tétraplégiques dépensaient beaucoup moins d'énergie au repos que ce à quoi nous nous attendions, compte tenu des données obtenues chez les personnes valides selon l'âge, le sexe, le poids et la taille (22 % de moins pour les hommes et les femmes). Neuf participants à l'étude dépensaient moins de 1 200 calories par jour au repos.

Nous avons mesuré la dépense énergétique à l'effort dans la fourchette d'intensités que les participants à l'étude pouvaient maintenir sans que la fatigue les force à s'arrêter. Les graphiques de droite (figure 3) illustrent les données sur la dépense énergétique de femmes (triangles blancs) et d'hommes (cercles noirs) ayant subi une lésion motrice complète, et d'hommes ayant subi une lésion incomplète (cercles blancs). Nous avons constaté que la dépense énergétique était assez faible, même chez les participants ayant réussi à maintenir le plus haut degré d'intensité, soit d'aussi peu que 50 cal/h jusqu'à au plus 300 à 400 cal/h. En comparaison, faire de la bicyclette à une vitesse de 16 à 19 km/h exige environ 480 kcal/h dans le cas d'un homme valide de 175 livres (Ainsworth *et coll.*, 1993). Nous avons formaté ces graphiques de façon à ce que toute personne atteinte de tétraplégie puisse les utiliser pour estimer sa dépense énergétique lorsqu'elle s'active aux intensités indiquées.



**FIGURE 3** | Steady state energy use and power output were well correlated during all modes of exercise measured in 125 exercise trials of arm ergometry (A,  $p < 0.0001$ ,  $n = 70$  trials), wheeling (B,  $p < 0.0001$ ,  $n = 39$  trials), and hand cycling (C,  $p = 0.0002$ ,  $n = 16$  trials). Data from all three groups were pooled since the slopes of each group's line were not significantly different (male and female motor complete, and male motor incomplete).

English	French
Arm Ergometry (Watts)	Ergométrie du bras (watts)
Calories/hr	calories/h
Female Motor Complete	Femmes : lésion motrice complète
Male Motor Complete	Hommes : lésion motrice complète
Male Motor Incomplete	Hommes : lésion motrice incomplète
$R^2 = 0.82$	$R^2 = 0,82$
Manual Wheelchair Propulsion (km/hr)	Propulsion manuelle du fauteuil roulant (km/h)
Hand Cycling (km/hr)	Vélo à main (km/h)
<p><b>FIGURE 3</b>   Steady state energy use and power output were well correlated during all modes of exercise measured in 125 exercise trials of arm ergometry (<b>A</b>, <math>p &lt; 0.0001</math>, <math>n = 70</math> trials), wheeling (<b>B</b>, <math>p &lt; 0.0001</math>, <math>n = 39</math> trials), and hand cycling (<b>C</b>, <math>p = 0.0002</math>, <math>n = 16</math> trials). Data from all three groups were pooled since the slopes of each group's line were not significantly different (male and female motor complete, and male motor incomplete).</p>	<p><b>FIGURE 3</b>   On a bien corrélé la dépense énergétique et la production d'un travail à l'état stationnaire durant tous les modes d'exercice mesurés dans 125 essais : ergométrie du bras (<b>A</b>, <math>p &lt; 0,0001</math>, <math>n = 70</math> essais), fauteuil roulant (<b>B</b>, <math>p &lt; 0,0001</math>, <math>n = 39</math> essais) et vélo à main (<b>C</b>, <math>p = 0,0002</math>, <math>n = 16</math> essais). On a illustré les données des trois groupes sur un même graphique, puisque les pentes de chaque groupe n'étaient pas vraiment différentes (lésion motrice complète chez l'homme et la femme, et incomplète chez l'homme).</p>

Il faut également souligner la partie de l'article qui traite de directives sur l'alimentation qui tiennent compte de la dépense énergétique quotidienne totale des tétraplégiques. Toute personne atteinte d'une lésion médullaire (LM) sait qu'elle doit s'alimenter moins, mais il n'y a pas de directives propres à la LM quant à l'aspect nutritionnel. Lorsqu'une personne médullolésée consulte une nutritionniste pour savoir combien de calories elle doit consommer, elle se fait généralement répondre de consommer moins de calories que ce qui est suggéré pour son âge, son sexe et sa taille, mais personne n'a vraiment la bonne réponse quant AUX QUANTITÉS À RETRANCHER!

C'est pourquoi nous avons estimé la dépense énergétique quotidienne totale (DÉQT) pour une gamme d'activités auxquelles s'adonnent les personnes tétraplégiques, et nous avons comparé le résultat à celui auquel on s'attendrait chez une personne valide. Comme on peut le constater sur le graphique ci-dessous (figure 6), les valeurs de la dépense énergétique quotidienne totale des tétraplégiques sédentaires à modérément actifs sont bien inférieures aux valeurs auxquelles on s'attendrait dans la population générale. Il faut garder à l'esprit qu'il s'agit de moyennes et que les neuf sujets de l'étude dont la dépense énergétique au repos est inférieure à 1 200 kcal/jour se retrouvent dans la demi-plage inférieure de ces valeurs. La gamme complète des mesures de la DÉQT est illustrée à droite, révélant que certaines personnes ne dépensent qu'environ 1 000 kcal/jour. Par conséquent, la première conclusion qu'on peut tirer de ces travaux est que nous devrions très probablement élaborer des directives propres aux personnes tétraplégiques, au chapitre de la nutrition, pour celles qui ont un besoin d'énergie calorique TRÈS FAIBLE. De telles lignes directrices viseraient à s'assurer que ces personnes qui ne dépensent guère plus de 1 000 kcal/jour adoptent un régime qui réponde à leurs besoins quotidiens minimaux en micronutriments minéraux et vitaminiques, et ce, en sélectionnant soigneusement les aliments qu'elles consomment.

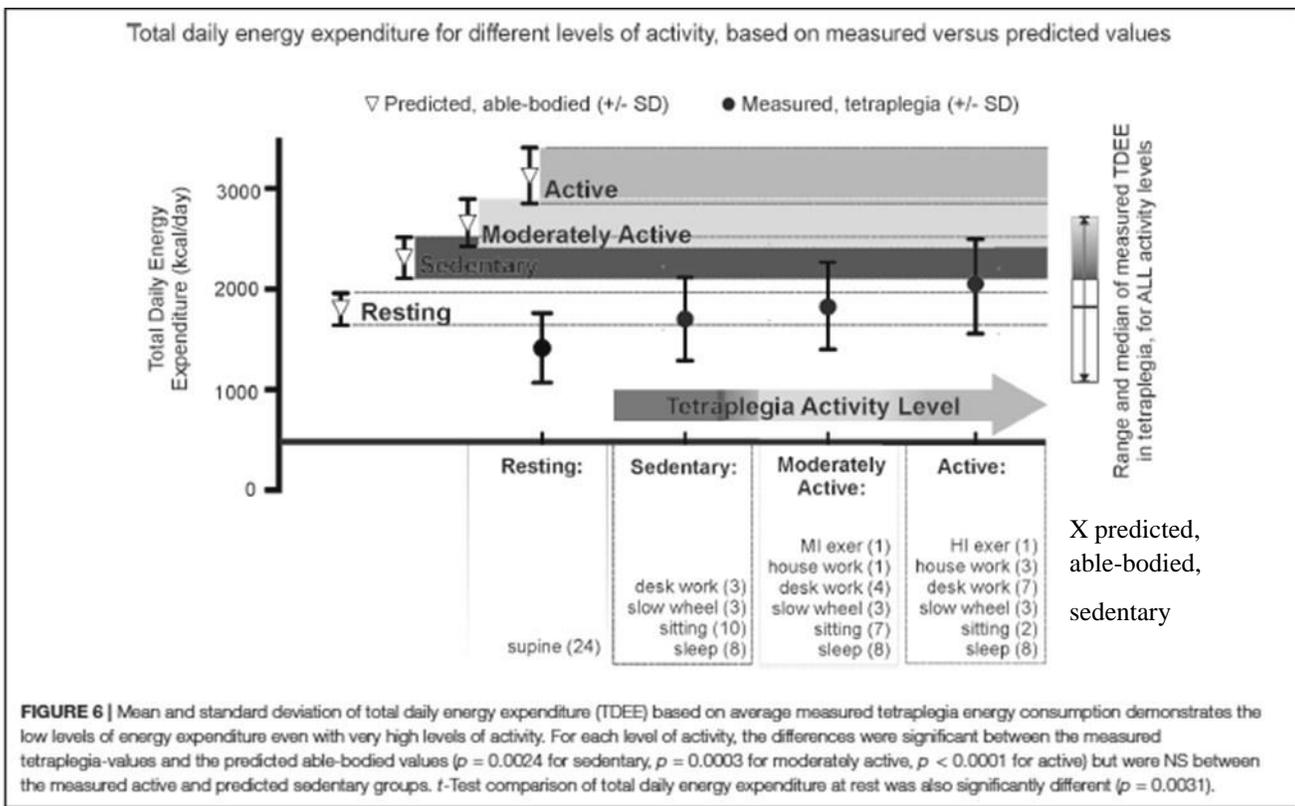


FIGURE 6

English	Français
Total daily energy expenditure for different levels of activity, based on measured versus predicted values	Dépenses énergétiques quotidiennes totales pour différents degrés d'activité, selon les valeurs mesurées par rapport aux valeurs prévues.
Predicted, able-bodied (+/- SD)	Prévue, valides (+/- écart-type)
Measured, tetraplegia (+/- SD)	Mesurée, tétraplégiques (+/- écart-type)
Total Daily Energy Expenditure (kcal/day)	Dépenses énergétiques quotidiennes totales ou DÉQT (kcal/jour)
Active	Activité
Moderately active	Activité modérée
Sedentary	Sédentarité
Resting	Au repos
Tetraplegia Activity Level	Degré d'activité tétraplégique

Range and median of measured TDEE in tetraplegia, for ALL activity levels	Fourchette et médiane de la DÉQT mesurée chez des tétraplégiques, pour TOUS les degrés d'activité
X predicted, able-bodied, sedentary	X prévue, valide, sédentaire
supine	couché sur le dos
desk work	travail de bureau
slow wheel	fauteuil lentement
sleep	sommeil
house work	tâches ménagères
M  exer	exercice modéré
H  exer (1)	exercice intense

Tout homme atteint d'une tétraplégie motrice complète peut utiliser ce tableau pour estimer sa dépense énergétique quotidienne totale en fonction de son degré d'activité. Par conséquent, si vous utilisez, par exemple, un calculateur en ligne fiable, comme celui de [nutritiondata.com](https://nutritiondata.self.com/tools/calories-burned) ([https:// nutritiondata.self.com/tools/calories-burned](https://nutritiondata.self.com/tools/calories-burned)), et que vous entrez vos données (sexe, âge, taille, poids) et choisissez « sédentaire » comme degré d'activité, vous obtiendrez le nombre total de kilocalories (énergie) que vous dépensez quotidiennement. Une fois que vous connaîtrez votre dépense énergétique « prévue », vous pourrez la multiplier par les facteurs du tableau ci-dessous indiqués pour chaque « degré d'activité d'un tétraplégique » (0,74 pour sédentaire; 0,79 pour moyennement actif; 0,88 pour actif). Par exemple, dans le cas d'un homme de 45 ans, mesurant de 5 pieds 11 pouces et pesant 150 livres, le résultat de ce site suggérerait qu'il doit consommer 2 298 kcal/jour pour le degré d'activité « sédentaire ». Il faut choisir le degré d'intensité sédentaire – modérément actif ou actif – en fonction de la quantité d'activités que l'on fait. Dans le cas d'une personne qui a l'impression d'être modérément active en faisant une heure d'exercice par jour, plus l'équivalent d'une heure de tâches ménagères, tout en faisant avancer son fauteuil roulant environ 3 heures par jour, il lui suffit de multiplier la valeur « prévue » par le facteur approprié (dans cet exemple :  $2\,298 \times 0,79 = 1\,815$  kcal/jour). Ces chiffres découlent de moyennes, de sorte qu'ils sont une surestimation dans le cas des personnes qui se situent à l'extrémité inférieure de la fourchette des valeurs, et d'une sous-estimation pour celles qui se situent à l'extrémité supérieure de la fourchette. Nous n'avons pas eu suffisamment de participantes à l'étude pour dresser un tableau pour les femmes, mais les fractions fournies ici peuvent servir de point de départ à une comparaison avec la DÉQT « prévue » trouvée pour l'âge, la taille et le poids d'une femme donnée.

En conclusion, les personnes atteintes de tétraplégie peuvent utiliser les renseignements fournis dans cet article pour estimer la quantité d'énergie qu'elles dépensent lorsqu'elles s'adonnent aux types d'exercices courants auxquels peuvent se livrer les personnes médullolésées. Ces résultats confirment par ailleurs la nécessité d'élaborer des lignes directrices propres aux tétraplégiques en matière de dépense énergétique qui tiennent compte de leur situation. De telles lignes directrices sont particulièrement importantes pour les tétraplégiques qui se situent à l'extrémité inférieure de la fourchette des valeurs de dépense énergétique observées.

Pour tout commentaire ou toute question, veuillez communiquer avec [kristine.cowley@umanitoba.ca](mailto:kristine.cowley@umanitoba.ca)

### Références bibliographiques

Ainsworth, Barbara, William Haskell, Arthur Leon, David Jacobs, Jr., Henry Montoye, James Sallis et coll., 1993. « Compendium of Physical Activities: Classification of energy costs of human physical activities ». *Medecine and Science in Sports and Exercise.*, vol. 25, no 1, p. 71-80.

Shea, Jessie, Barbara Shay, Jeff Leiter et Kristine Cowley, 2018. « Energy Expenditure as a Function of Activity Level after Spinal Cord Injury: The Need for Tetraplegia-Specific Energy Balance Guidelines ». *Frontiers in Physiology*. Sous presse. Peut être téléchargé à cette adresse : [www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphys.2018.01286/full](http://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphys.2018.01286/full)

## Sauvetage à Ochre River – Première partie



**P**eter et moi devons participer à un rassemblement de pasteurs le mardi 10 mai à midi, à l'église d'Ochre River. Étant donné que c'est assez proche du mont Riding, nous avons décidé de faire de la randonnée le lundi après-midi et d'y passer la nuit. Cela nous donnerait l'occasion de faire du camping et d'essayer un peu notre nouveau matériel. Comme nous devons être à la rencontre à midi (et un peu plus tôt pour prendre une douche chez Brad, le pasteur des jeunes de la région), nous avons décidé de monter le mont le premier jour. On pourrait descendre en marchant et donc avancer plus rapidement sur le chemin du retour. Ce qui voulait dire partir de l'extrémité nord du sentier de la rivière Ochre. Il n'y avait pas de stationnement sur la carte à cet endroit, mais il semblait qu'il devrait y en avoir un, alors nous sommes partis pour nous y rendre. Nous avons suivi les lignes sur la carte (des indications bien sommaires, au mieux) et, bien sûr, nous avons trouvé le stationnement. Du sentier allant de l'entrée nord jusqu'au premier site officiel de camping, il y avait 10,7 km. Ça nous semblait facile. Cependant, il s'est avéré que cette partie du sentier n'avait pas été dégagée de l'hiver. De nombreuses branches le bloquaient en nous piquant et en nous égratignant constamment les jambes et les pieds. Pour une raison quelconque, ma peau ne semble pas être aussi résistante que celle de Peter et je me suis retrouvé avec plus d'égratignures que lui.

Il y avait aussi beaucoup d'endroits boueux et détremvés qui nous obligeaient à marcher prudemment sur le bord du sentier ou à nous frayer un chemin à travers les broussailles. Pas très agréable, mais ça fait partie de l'expérience de la randonnée. Il y avait un nombre incroyable de tiques. Environ toutes les cinq minutes, nous en enlevions une demi-douzaine de nos jambes. Je ne sais pas pourquoi, mais elles semblaient avoir une préférence pour Peter. Nous avons mis quelques heures pour nous rendre au premier site où camper. On avait mis plus de temps que ce à quoi je m'attendais. À partir de cet endroit-là, le sentier était bien entretenu. Nous avons alors décidé de nous rendre au prochain site, à 4,5 km de distance. Au bout d'environ une heure, Peter a dit que sa tête lui disait d'aller jusqu'au bout, tandis que son intuition de lui conseillait de rebrousser chemin. J'étais plutôt d'accord avec son intuition. De là où nous étions, nous pouvions entendre le bruit de l'eau qui dévalait. Nous avons monté une colline pour y trouver un ruisseau sinueux près d'un petit pré. C'est là que nous nous sommes arrêtés pour la nuit.

Le lendemain matin, nous étions debout vers 5 h 30. Peter a mentionné qu'il avait mal à la poitrine, du côté droit en bas de la cage thoracique. Nous nous sommes posés toutes les questions à se poser dans les circonstances : « Bras gauche? Problème de cœur? » Il a ajouté que ses pieds étaient engourdis. Nous avons déjeuné et ramassé nos affaires pour partir. Étrangement, j'étais prêt avant lui; d'habitude c'est moi le plus lent. Au moment où nous nous sommes engagés sur le sentier du retour, il a dit qu'il avait l'esprit embrouillé. Il semblait triste. J'ai attrapé sa main pour l'aider à gravir la première colline. « Allons, tu peux y arriver. Et qu'il ne te vienne pas à l'esprit de dire à quelqu'un que je te tenais la main pendant que nous marchions! » « Dans d'autres cultures, ils le font tout le temps. » « Eh bien, pas dans la nôtre. » Nous avons marché un peu loin jusqu'à la jonction de Cairn Cabin. Il s'est allongé sur l'herbe et m'a demandé de mettre mon sac sous ses pieds. Il lui semblait que ses pieds étaient engourdis. Je ne me souviens pas s'il a

dit qu'il avait une sensation de picotements et de fourmillements. À vrai dire, je pense que je n'arrivais pas à bien saisir ce qu'il disait. Je ne me suis pas arrêté à réfléchir à ses sensations. Nous avons parlé un peu, nous nous sommes levés et sommes repartis. Juste avant le site de camping du sentier Ochre (celui que nous avons croisé la veille), il y a un ruisseau qu'il faut traverser. Nous avons enlevé nos bottes et avons commencé à le traverser. Avec nos sacs à dos, les roches rendaient la traversée inconfortable. En arrivant de l'autre côté, j'ai déposé mon sac et je suis retourné pour donner un coup de main à Peter. Je lui ai offert de porter son sac à dos et de se servir de mon bâton de marche. Au milieu du ruisseau, Peter a sacré un peu et s'est mis à quatre pattes. Il avait l'impression de s'être coupé le pied. (Je ne me souviens pas d'avoir vu de coupure, mais de toute évidence il s'était blessé.) Une fois de l'autre côté, nous avons marché jusqu'à la jonction du site de camping, où il s'est arrêté pour se reposer et examiner ses pieds. Il m'a demandé si ses chevilles étaient enflées, mais je n'ai rien constaté. Étant donné que c'était le dernier endroit où s'approvisionner en bonne eau, je suis allé remplir nos bouteilles d'eau avec le filtre à eau. Ça a mis longtemps à les remplir. Quand nous sommes repartis, il a dit que ses jambes commençaient à être engourdies.

Pour nous rendre à l'auto, il nous restait à parcourir 10 km d'un sentier qui n'avait pas été entretenu. Nous avons traversé des endroits marécageux, boueux et remplis de broussailles. À mesure que nous avançons, Peter était de moins en moins stable sur ses jambes et vacillait d'un bord à l'autre. Il m'a dit qu'il ne se sentait pas stable, tant qu'il n'avait pas mis de poids sur ses pieds. Toute mon attention était centrée sur lui. À un moment donné, il s'est mis à gémir. En premier, je trouvais ça agaçant. « Arrête donc de gémir », que je me disais. Puis, j'ai fini par comprendre qu'il y avait quelque chose d'inhabituel qui se passait. Mon ami grand et fort était frustré, blessé et craintif.

À un moment donné, il a dit : « Lorsque nous arriverons à l'auto, nous devrions probablement aller à l'hôpital et me faire examiner, tu penses pas? » Il n'y avait pas entre nous un sentiment de panique ou de peur, seulement un sentiment de vigilance. En quelques endroits, je lui ai dit de s'accrocher à mon sac à dos pour garder son équilibre. Je continuais à lui offrir mon bâton de marche, mais il refusait de le prendre. En traversant un ruisseau, j'ai glissé sur une roche et je suis tombé dans l'eau. Une fois mes bottes détrempées, j'étais moins préoccupé par l'idée de rester sec et plus enclin à traverser les marécages peu profonds, ce qui m'a aidé à prêter main forte à Peter lorsqu'on avait à les traverser. Au même endroit où je m'étais retrouvé dans l'eau, Peter lui aussi avait glissé et était tombé à la renverse sur une roche. En fait, c'est son sac à dos qui avait frappé la roche, mais ça n'avait pas l'air d'une bonne chute. (Le lendemain, Peter m'a dit que c'est à ce moment-là qu'il avait commencé à se sentir de plus en plus engourdi et que son état de santé s'était détérioré davantage). Au cours de l'heure suivante, je cherchais continuellement un bon endroit où nous arrêter, mais je n'en trouvais pas. Je ne sais pas comment Peter a pu faire pour traverser un endroit marécageux sur des troncs d'arbre. Le voyant trop chanceler vers l'arrière, au moment où nous sortions d'un ravin, j'ai attrapé son sac à dos et j'ai tiré Peter vers moi. Il dit alors : « Je pense que je ne peux plus me tenir sur mes genoux. » Je priais Dieu en silence en disant : « Seigneur, nous avons besoin d'un endroit où nous arrêter et nous en avons besoin maintenant! » Je me demandais si je devais partir en courant pour aller chercher de l'aide. Environ 15 minutes plus tard, Peter a remarqué un petit endroit avec de l'herbe sous un grand arbre. Il s'est jeté par terre, disant qu'il avait besoin de se reposer un peu. Puis il ajouta, en montrant ses côtes inférieures : « L'engourdissement est rendu jusqu'ici ». Je me suis dit : « Quoi? Quand est-ce que c'est arrivé, ça? Plus haut, il y a tes poumons et ton cœur et eux, ils doivent pouvoir continuer à fonctionner. Qu'est-ce qui va se passer si l'engourdissement les atteint? »



J'ai dit à Peter que je partais chercher de l'aide. Comme il n'y avait pas de couverture cellulaire sur la montagne, j'allais courir jusqu'à ce qu'il y en ait et que je puisse appeler pour obtenir des secours.  
(à suivre)

## Adresse courriel du personnel et numéros de poste téléphonique

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

Denise Balliet	Agente comptable	<a href="mailto:dballiet@canparaplegic.org">dballiet@canparaplegic.org</a>	221
Adrienne Conley	Adjointe administrative	<a href="mailto:aconley@canparaplegic.org">aconley@canparaplegic.org</a>	222
Kelly Tennant	Conseillère en réadaptation, Services de promotion de la santé	<a href="mailto:ktennant@canparaplegic.org">ktennant@canparaplegic.org</a>	223
Ron Burky	Directeur général	<a href="mailto:rburky@canparaplegic.org">rburky@canparaplegic.org</a>	224
Darlene Cooper	Directrice des services de réadaptation	<a href="mailto:djcooper@canparaplegic.org">djcooper@canparaplegic.org</a>	225
Melanie White	Conseillère en réadaptation, Services d'orientation professionnelle	<a href="mailto:mwhite@canparaplegic.org">mwhite@canparaplegic.org</a>	226
Bernie Gaudet	Conseiller en réadaptation, Services de transition et de préparation à l'emploi	<a href="mailto:Bernieaudet@canparaplegic.org">Bernieaudet@canparaplegic.org</a>	227
Maria Cabas	Conseillère en réadaptation, Services aux autochtones	<a href="mailto:mcabas@canparaplegic.org">mcabas@canparaplegic.org</a>	228
Gail Burnside	Conseillère en réadaptation, Relations avec les médullolésés hospitalisés	<a href="mailto:gburnside@canparaplegic.org">gburnside@canparaplegic.org</a>	229
Delcy-Ann Selymes	Conseillère en réadaptation	<a href="mailto:dselymes@canparaplegic.org">dselymes@canparaplegic.org</a>	231
Laurence Haien	Conseiller principal en réorientation, Services d'orientation professionnelle	<a href="mailto:lhaien@canparaplegic.org">lhaien@canparaplegic.org</a>	234
Jared Funk	Conseiller adjoint en réadaptation	<a href="mailto:jfunk@canparaplegic.org">jfunk@canparaplegic.org</a>	235
Artem Dolia	Conseiller adjoint en réadaptation	<a href="mailto:adolia@canparaplegic.org">adolia@canparaplegic.org</a>	232
LéAmber Kensley	Conseillère en réadaptation, Services supplémentaires aux autochtones	<a href="mailto:lkensley@canparaplegic.org">lkensley@canparaplegic.org</a>	204-781-0313
Bill Keith	Conseiller en réadaptation, Services supplémentaires d'orientation professionnelle	<a href="mailto:bkeith@canparaplegic.org">bkeith@canparaplegic.org</a>	204-781-0928



## 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 les frais d'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<sup>er</sup> 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 uniquement 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 :**  
Association canadienne des paraplégiques (MB) Inc.  
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](mailto: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