



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Sous-comité sur les commotions cérébrales liées aux sports au Canada du Comité permanent de la santé

SCSC • NUMÉRO 004 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 30 janvier 2019

—
Président

M. Peter Fonseca

Sous-comité sur les commotions cérébrales liées aux sports au Canada du Comité permanent de la santé

Le mercredi 30 janvier 2019

• (1740)

[Traduction]

Le président (M. Peter Fonseca (Mississauga-Est—Cooksville, Lib.)): La séance est ouverte. Bonne année 2019 à toutes et à tous, et bienvenue dans nos nouveaux bureaux. Je souligne, pour nos témoins, que c'est la semaine de la rentrée.

En octobre 2018, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a formé un sous-comité. Nous sommes ce sous-comité.

Nous étudions les commotions cérébrales liées aux sports et les façons de rendre nos terrains de jeux plus sûrs pour les enfants, en veillant à ce que les entraîneurs et tous les intervenants du milieu du sport connaissent les différents protocoles et directives en place. Nous examinons également les moyens de les améliorer et d'établir des pratiques exemplaires.

Avant la nouvelle année, nous avons reçu les témoignages de nombreux athlètes ayant subi des commotions cérébrales. Les histoires de ces athlètes amateurs et de leurs parents nous ont appris beaucoup de choses.

Les membres du Sous-comité viennent des quatre coins du pays, et nombre d'entre eux ont beaucoup d'expérience dans les domaines du sport et de la médecine. Aujourd'hui, tous les membres poseront des questions aux témoins.

Nous recevons aujourd'hui les témoins suivants: M. Paul Hunter, directeur du développement national du rugby, de Rugby Canada, dont nous avons beaucoup entendu parler; et M. Peter Niedre, directeur des partenariats en éducation, de l'Association canadienne des entraîneurs.

Messieurs les témoins, les libéraux, les conservateurs et les néo-démocrates vous poseront des questions à tour de rôle. Chaque député aura l'occasion de vous poser des questions, et vous aurez la possibilité d'y répondre. Je devrai vous arrêter lorsque le temps de parole de chacun des députés sera terminé, mais nous ferons plusieurs tours de table; vous aurez donc une autre occasion de répondre.

Nous allons commencer par les libéraux. Je donne la parole à M. Doug Eyolfson.

Mme Mona Fortier (Ottawa—Vanier, Lib.): Les témoins doivent d'abord présenter leur exposé.

Le président: C'est vrai, je suis désolé.

Mme Mona Fortier: Vous vouliez voir si nous étions prêts.

Le président: Je suis un peu rouillé après les vacances.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Qu'avez-vous mangé pour dîner?

Le président: Commençons par M. Peter Niedre.

M. Peter Niedre (directeur des partenariats en éducation, Association canadienne des entraîneurs): Merci.

Je tiens à remercier le Sous-comité sur les commotions cérébrales liées aux sports au Canada du Comité permanent de la santé de nous avoir invités à témoigner. C'est un honneur de représenter l'Association canadienne des entraîneurs ici aujourd'hui.

Avant de commencer, je tiens aussi à remercier l'Agence de santé publique du Canada, dont le soutien initial nous a aidés à créer un module d'apprentissage en ligne sur la gestion des commotions cérébrales, « Prendre une tête d'avance en sport », qui fait maintenant partie du Programme national de certification des entraîneurs. Merci également à Sport Canada, dont le soutien continu nous permet de maintenir à jour le contenu du module « Prendre une tête d'avance en sport ».

Je vais commencer par une brève introduction de notre travail. Les entraîneurs font partie du système sportif formé d'intervenants techniques et d'administrateurs travaillant au développement et à la protection des athlètes et des participants aux activités sportives. Le mandat de l'Association canadienne des entraîneurs, qui est reconnue par l'ensemble des ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux, est d'offrir de la formation éthique aux entraîneurs et aux intervenants sportifs, en collaboration avec d'autres intervenants, par l'intermédiaire du Programme national de certification des entraîneurs, et d'en faire la promotion. Nous travaillons en partenariat avec 66 organismes nationaux de sport, comme Rugby Canada, et 13 représentants provinciaux et territoriaux, les principaux organismes partenaires responsables et comptables du développement des entraîneurs et des intervenants sportifs à l'échelle nationale et provinciale-territoriale, ainsi que de la mise en oeuvre de notre programme de formation.

Comme nous le savons tous, la formation et l'éducation sont largement reconnues comme étant des moteurs du changement social. De nombreuses études soulignent que la formation et l'éducation fournies par le truchement du PNCE contribuent grandement à modifier les comportements des entraîneurs dans tous les milieux sportifs: le sport communautaire, la compétition et l'instruction.

Par l'intermédiaire de nos partenariats, plus de 60 000 nouveaux entraîneurs s'inscrivent au Programme national de certification des entraîneurs chaque année. Le plus grand pourcentage des entraîneurs qui participent à notre programme de formation travaillent au niveau communautaire ou au niveau de l'initiation à la compétition. Ils oeuvrent dans de nombreux sports, à divers stades du développement de l'athlète, avec différents groupes d'âge et différents niveaux de compétence. Ils travaillent quotidiennement avec les participants sur le terrain durant les séances d'entraînement et les compétitions, où il y a toujours un risque de commotions cérébrales.

C'est aussi important de comprendre que bien que les commotions cérébrales sont plus fréquentes dans certains sports que dans d'autres, aucun sport ne comporte pas un risque de commotions cérébrales — aucun. De plus, tous les entraîneurs, les enseignants et les instructeurs pourraient avoir affaire à des participants qui pourraient subir une commotion cérébrale, que ce soit sur le terrain de jeu, dans des installations municipales ou dans le gymnase de l'école. Comme les commotions cérébrales ne sont pas liées exclusivement à certains sports, que le risque soit élevé ou faible, l'ensemble du système sportif, du sport communautaire au sport de haut niveau, est responsable de la prévention, de la détection et de la gestion des commotions cérébrales.

Avec l'appui de l'Agence de santé publique du Canada, nous avons créé, en 2013, le module d'apprentissage en ligne « Prendre une tête d'avance en sport » du Programme national de certification des entraîneurs dans le but de fournir aux entraîneurs les outils nécessaires pour gérer les commotions cérébrales au moyen de la prévention, de la détection et de la guérison. La formation en ligne a été élaborée avec la collaboration de grands spécialistes, les docteurs Charles Tator, James Kissick, Pierre Frémont, Karen Johnston, Laura Purcell, Mark Aubry et David Ellenberg, en partenariat avec Parachute Canada.

Le module « Prendre une tête d'avance » a été révisé récemment, en 2017, à la suite de la conférence internationale de 2016 sur les commotions cérébrales dans le sport, tenue à Berlin, en Allemagne. Le contenu du module « Prendre une tête d'avance » du PNCE est aligné étroitement sur les protocoles relatifs au retour au jeu et au retour à l'apprentissage de Parachute Canada. En ce qui concerne les tests de référence, l'ACE tient compte des recommandations du groupe de travail fédéral-provincial-territorial, du groupe de travail international sur les commotions cérébrales dans le sport et de Parachute Canada dans le module « Prendre une tête d'avance » du PNCE, dans son matériel didactique et dans sa formation des entraîneurs, en vue de favoriser une approche harmonisée à l'égard de la gestion des commotions cérébrales.

Nous collaborons étroitement avec Parachute Canada et les groupes fédéraux, provinciaux et territoriaux pour favoriser une approche harmonisée à l'égard de la prévention et de la détection des commotions cérébrales, ainsi que de la guérison et du retour au jeu. Les provinces et les territoires jouent un rôle extrêmement important dans le renforcement du protocole national harmonisé à l'intérieur de leurs frontières. Je vous donne deux exemples précis qui ont considérablement renforcé l'approche harmonisée: l'élaboration et la mise en oeuvre de la Loi Rowan en Ontario, et l'amélioration du protocole de retour au jeu au Québec.

Depuis le lancement en 2013, approximativement 52 000 entraîneurs ont suivi le module « Prendre une tête d'avance » du PNCE. Depuis 2015, le nombre d'entraîneurs qui le suivent chaque année a augmenté de 87 %. Plus de 90 % d'entre eux travaillent dans le sport communautaire et au niveau de l'initiation à la compétition.

D'après les données du sondage que nous effectuons à la suite de la formation en ligne, 88 % des répondants se sentent plus en confiance par rapport à la gestion des commotions cérébrales auprès de leurs athlètes après avoir suivi le module « Prendre une tête d'avance ».

En conclusion, durant ma carrière, j'ai eu l'occasion exceptionnelle de travailler au sein des systèmes scolaire et sportif pendant plus de 20 ans. À titre de praticien et de spécialiste de l'élaboration et de la prestation de programmes, j'ai travaillé pendant plus de 10 ans dans le système scolaire, aux niveaux secondaire et postsecondaire. J'ai

aussi travaillé pendant plus de 20 ans dans le système sportif, comme entraîneur à tous les niveaux, comme instructeur et comme intervenant technique responsable de l'élaboration et de la prestation de programmes de formation des entraîneurs pour un organisme national de sport et pour l'Association canadienne des entraîneurs.

• (1745)

Je ne saurais trop insister sur l'importance de la prévention des commotions cérébrales au moyen de la formation et de l'éducation des entraîneurs travaillant sur le terrain. L'éducation est l'outil principal que nous avons pour modifier les comportements de nos entraîneurs.

Pour conclure, j'aimerais faire deux recommandations.

Premièrement, l'ensemble du système sportif canadien — y compris les organismes nationaux de sport, les organismes provinciaux et territoriaux de sport, les programmes de sport en milieu scolaire, ainsi que le sport communautaire jusqu'au sport de haut niveau — doit rendre obligatoire la formation en matière de gestion des commotions cérébrales, avec « Prendre une tête d'avance » du PNCE ou d'autres ressources de nos partenaires, afin de mieux outiller les entraîneurs. Le module fait déjà partie du programme de formation et de certification des entraîneurs de 14 organismes nationaux de sport.

Deuxièmement, en plus de la sécurité dans le sport, tous les ordres de gouvernement doivent ajouter la gestion des commotions cérébrales à leur liste de priorités, car il s'agit d'un enjeu de santé publique.

Le président: Merci, monsieur Niedre.

Je donne maintenant la parole à M. Paul Hunter, de Rugby Canada.

M. Paul Hunter (directeur du développement national du rugby, Rugby Canada): Comme je le fais toujours pour commencer, je vous demanderais d'excuser mon accent. Je serai heureux de répéter, au besoin.

Des voix: Ha, ha!

Mme Mona Fortier: Ce n'est pas nécessaire.

M. Paul Hunter: Je vois les visages inquiets des interprètes qui se demandent si mon microphone fonctionne bien. Je suis désolé, mais je n'y peux rien.

J'aimerais vous présenter un aperçu de Rugby Canada.

Depuis 2016, Rugby Canada a mis en place un programme de bien-être des joueurs visant tous les acteurs du sport: les joueurs, les entraîneurs, les parents, les administrateurs et les officiels de match. Le but du programme est de faire comprendre à tous que le bien-être des joueurs de rugby est la responsabilité de chacun.

Comme beaucoup de sports, Rugby Canada a élaboré des lignes directrices. Ce qui est essentiel, c'est que les lignes directrices ne soient pas établies isolément. Nous avons élaboré nos lignes directrices en partenariat avec Parachute Canada, au moyen de son programme d'harmonisation. Nous sommes aussi très chanceux, car World Rugby est l'un des cinq partenaires organisateurs de l'activité internationale sur les commotions cérébrales; nous avons donc accès à la recherche issue de cette activité, ce qui a une incidence sur l'élaboration de nos lignes directrices.

Rugby Canada et ses 10 associations provinciales ont l'obligation de fournir de la formation sur la gestion des commotions cérébrales. Il s'agit d'un module en ligne. Nous offrons également un module portant précisément sur le rugby. Nous avons réussi à établir qu'au rugby, il y a cinq aspects particulièrement préoccupants, où le risque de commotions cérébrales est élevé. La formation porte sur la détection et la gestion des commotions cérébrales, ainsi que sur la façon de les signaler. Toutefois, c'est également important de montrer aux gens comment prévenir les commotions cérébrales.

Il y a deux éléments distincts. Nous nous concentrons, d'un côté, sur les entraîneurs, qui ont une influence directe sur les joueurs, et de l'autre, sur les officiels de match, qui doivent gérer les parties. Ils doivent être en mesure de reconnaître un incident et ils doivent savoir quoi faire. Ce sont les deux aspects sur lesquels nous nous concentrons, mais nous reconnaissons qu'il faut aussi soutenir les parents et les joueurs, et nous cherchons des moyens de le faire, afin d'éviter de travailler isolément.

Nous nous sommes aussi penchés sur la prévention au rugby. Grâce à la recherche et à nos données sur les blessures, nous avons déterminé que la majorité des blessures liées aux commotions cérébrales sont infligées lors du plaquage. Nous avons donc créé une ressource visant à introduire le plaquage aux jeunes enfants. Cette ressource technique sera déployée en Ontario. Il s'agit d'une stratégie de prévention qui soutiendra les entraîneurs et les joueurs en améliorant l'introduction au plaquage.

Nous avons également mis en place une politique de tolérance zéro pour les coups à la tête, et ce, à tous les niveaux: du niveau communautaire et national au niveau professionnel et international. Les coups à la tête entraînent des sanctions, et les coups répétés à la tête entraînent des sanctions plus sévères, tant sur le terrain que hors du terrain.

En raison de la grande superficie de notre pays, c'est très difficile de réunir les gens en personne; nous offrons donc aussi des webinaires de formation continue. C'est surtout ce type d'outil que nous utilisons pour apprendre aux arbitres à gérer les plaquages dangereux. En leur montrant des exemples de plaquages dangereux et en leur apprenant comment intervenir, nous leur fournissons les ressources dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées durant un match.

En plus de notre partenariat avec l'Association canadienne des entraîneurs, nous offrons des cours sur la fréquence des commotions cérébrales et les risques de commotions cérébrales durant un match à tous les échelons de notre programme de formation. Cela signifie que deux heures de tous nos cours sont consacrées au plaquage, à la mêlée ouverte, au maul, à la mêlée et au saut en touche, les cinq aspects du jeu où le risque de blessures liées aux commotions cérébrales est le plus élevé. Tous les entraîneurs qui participent à l'un de nos cours ont l'occasion de faire des essais pratiques par rapport à ces aspects du jeu.

Le cours obligatoire dont j'ai parlé plus tôt, le cours de préparation qui porte précisément sur le rugby, est donné en ligne. Avant de suivre le cours, ils doivent avoir fait le module en ligne. Ensuite, ils ont l'occasion de mettre leurs apprentissages en pratique. Il y a aussi la possibilité de créer des ateliers de perfectionnement professionnel.

Nous avons également une application gratuite qui aide à reconnaître les signes et les symptômes d'une commotion cérébrale et qui indique les mesures à suivre lorsqu'un entraîneur soupçonne une commotion. Elle est offerte en format bilingue — dans plusieurs langues, en fait — parce que nous avons la chance d'avoir accès aux applications de World Rugby sur diverses plateformes. Nous savons

que les joueurs jouent un rôle essentiel et qu'ils maîtrisent bien la technologie; nous tentons donc de leur fournir des outils qui contiennent de l'information très précise sur les commotions cérébrales.

• (1750)

En outre, nous faisons la promotion des services provinciaux d'info-santé. Souvent, les parents et les joueurs cherchent quelqu'un à qui parler, mais ils ne savent pas à qui s'adresser. Nous les encourageons donc à avoir recours aux services provinciaux d'info-santé. Ils peuvent appeler en tout temps, et quelqu'un pourra les aider.

En tant qu'organisme, nous ne demanderions pas à nos membres de faire quelque chose que nous ne sommes pas prêts à faire nous-mêmes. Ainsi, à toutes nos assemblées générales annuelles et nos réunions de mi-parcours, nous invitons des spécialistes pour sensibiliser les membres de notre conseil d'administration et les directeurs des associations provinciales sur la question du bien-être des joueurs. Nous avons reçu M. Gord Stringer, le père de Rowan Stringer. Nous avons aussi accueilli des représentants de Parachute Canada, des neurologues et bien d'autres. Nous cherchons simplement à accroître la sensibilisation des décideurs de notre organisme pour faire en sorte qu'ils fassent du bien-être des joueurs une priorité. L'éducation est importante à tous les échelons.

De plus, nous avons eu la chance d'être le seul organisme national de sport à faire partie du Comité consultatif de la Loi Rowan. Évidemment, Rowan jouait au rugby, et nous sommes d'avis que nous avons de nombreuses leçons à tirer de cette histoire et à transmettre. Nous avons aussi eu le privilège de donner de nombreuses conférences, y compris durant des congrès sur l'éducation et le congrès médical de World Rugby. L'accent placé au Canada sur les commotions cérébrales attire certainement l'attention à l'échelle mondiale, et c'est grâce à la collaboration que nous avons été en mesure d'élaborer les ressources dont nous disposons aujourd'hui.

Sur ce, je serai ravi de répondre à vos questions ou de tout répéter, selon le cas.

Des voix: Ha, ha!

Le président: Nous adorons l'accent.

Monsieur Hunter, monsieur Niedre, je vous remercie.

Nous allons maintenant passer aux questions de nos membres.

Nous allons commencer avec les libéraux. Chaque intervenant dispose de sept minutes.

C'est M. Doug Eyolfson qui ouvre le bal.

M. Doug Eyolfson: Je vous remercie, monsieur le président.

Merci à vous deux d'être là.

Je suis vraiment ravi de participer à cette étude. J'ai pratiqué la médecine pendant près de 20 ans. J'étais urgentologue. En fait, mon premier emploi était dans un quartier de la ville où le rugby était très populaire. J'ai donc vraiment pu perfectionner mes compétences orthopédiques.

Une des choses qui m'intriguaient à propos de rugby... Comme vous l'avez dit, il y a des choses qui se sont révélées utiles, comme les techniques de plaquage. Au rugby, a-t-on apporté des modifications à l'équipement de protection qui ont pu avoir une incidence sur les commotions cérébrales ?

M. Paul Hunter: C'est une excellente question. Il me faut cependant répondre par la négative. D'après ce que nous savons, il n'y a pas beaucoup de preuves indiquant que le port de l'équipement peut réduire le nombre de blessures liées aux commotions cérébrales.

Il y a deux aspects qui sont en train de changer les façons de jouer et qui nous portent à croire résolument qu'il est possible de réduire les blessures liées aux commotions cérébrales. Ce sont les restrictions sur les plaquages en hauteur — il y a tolérance zéro à cet égard — et un certain changement de culture. Pour ce qui est de l'équipement comme tel, nous constatons que les joueurs pourraient avoir tendance à le manipuler et à s'en servir plutôt comme une arme. D'après ce que nous pouvons comprendre, l'équipement rembourré n'a pas réduit le nombre de blessures liées aux commotions cérébrales. Nous considérons cependant l'éducation et la transformation de cette culture comme deux vecteurs clés pour réduire ce type de blessures.

Nous constatons une augmentation du nombre d'organisations et d'entreprises qui marchandent la réponse aux commotions cérébrales sous la forme de vêtements ou de casques nouveau genre, etc. Pour l'instant, nous ne voyons tout simplement pas de preuves en ce sens. Que cela évolue ou non dans l'avenir, il n'est pas obligatoire pour l'instant de porter un équipement qui réduirait la probabilité de blessures liées aux commotions cérébrales.

• (1755)

M. Doug Eyolfson: Y a-t-il eu des changements au cours des dernières années en ce qui concerne les règles générales du jeu? On pourrait penser à des modifications qui auraient été apportées aux normes internationales pour tenir compte du fait que nous sommes de plus en plus sensibilisés aux commotions cérébrales.

M. Paul Hunter: Oui, absolument. Tout juste l'an dernier, il y a eu un projet pilote visant à réduire la hauteur à laquelle les contacts peuvent se faire, une pratique dont les bienfaits sont corroborés par d'autres sports. Nous avons constaté une réduction du nombre de blessures liées aux commotions cérébrales depuis que le hockey a apporté des modifications au jeu proprement dit, alors nous allons tenter de fixer une norme de hauteur pour les plaquages et éliminer les plaquages en hauteur. Nous avons constaté que c'était efficace dans d'autres sports. Grâce aux recherches menées un peu partout dans le monde, nous savons maintenant que les blessures liées aux commotions cérébrales augmentent lorsque le plaquage se fait à la hauteur des épaules et de la tête.

Les plaquages ne commencent qu'au niveau U11 et ils doivent se faire en bas de la taille. L'enseignement que nous donnons à ce niveau et la façon dont nous présentons les plaquages visent à habituer les joueurs à plaquer plus bas sur le corps. Nous avons vu que le fait de modifier les règles du jeu peut réduire le risque de blessures liées aux commotions cérébrales. L'autre aspect, c'est la tolérance zéro pour les contacts à la tête, et c'est vraiment la tolérance zéro. Les sanctions à cet égard ont permis de diminuer la fréquence de ces contacts.

M. Doug Eyolfson: Vous avez également dit que, dans votre région, le rugby est pratiqué par des gens de différents groupes d'âge. Je sais que dans d'autres sports, différentes choses sont permises pour différents âges. Par exemple, au hockey, il n'y a pas de contact ou de mise en échec avant un certain âge. J'imagine qu'il n'existe pas de rugby sans contact, mais...

M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC): En fait, ça existe.

M. Doug Eyolfson: Il y en a un? Ce que je voulais savoir, c'est s'il y a un âge où certaines choses sont permises, mais pas à un autre. Comment cela se passe-t-il?

M. Paul Hunter: C'est effectivement le cas. Nous présentons la technique du plaquage ou les contacts chez les U11. Avant cela, c'est une version sans contact. C'est donc un jeu de tague où il y a aussi un fanion. C'est chez les U11 que nous commençons à permettre les contacts. Les plaquages doivent se faire sous la taille. Toutefois, quel que soit l'âge ou le niveau de jeu — de l'international au professionnel —, il n'y a aucun contact à la tête, et ce, en aucun temps. Notre approche à cet égard en est une de tolérance zéro.

Oui, la notion de plaquage est présentée de façon graduelle. Grâce à nos efforts en matière d'éducation, nous envoyons des messages forts à nos entraîneurs pour leur faire comprendre de ne pas envoyer sur le terrain quelqu'un qui n'est pas physiquement et émotionnellement disposé à jouer. Il s'agit de ne pas leur imposer de jouer de toute manière juste pour voir ce qui va se produire. C'est là où l'éducation et la culture du jeu prennent tout leur sens. Oui, il y a une approche graduelle pour initier les gens au rugby.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Monsieur Niedre, vous avez parlé de votre module d'apprentissage en ligne sur les commotions cérébrales, et il semble que vous ayez une liste exhaustive et éloquente de personnes qui ont contribué à son élaboration. Je sais qu'il s'agit en partie de lignes directrices sur le retour au jeu. Celles-ci ont été élaborées il y a quelque temps et elles sont constamment réévaluées. Ces lignes directrices comportent-elles des indications ou une quelconque exigence quant à la gravité d'une commotion à partir de laquelle un joueur doit faire l'objet d'une évaluation médicale en bonne et due forme avant de pouvoir retourner au jeu?

• (1800)

M. Peter Niedre: Absolument. Encore une fois, cela fait partie du protocole. Ces dispositions donnent aux entraîneurs, aux athlètes et aux parents des participants des conseils en matière d'aide médicale. Une partie de cela concerne la façon de gérer une commotion cérébrale. Lorsqu'ils soupçonnent une commotion cérébrale, l'étape suivante consiste à consulter un médecin. Nous les guidons dans cette voie. Le protocole de retour au jeu intervient après que l'expert médical ait émis une autorisation en ce sens. Ensuite, nous avons un autre long protocole qui s'aligne sur les directives de Parachute Canada quant à la façon dont les entraîneurs doivent gérer cela et sur le protocole encadrant le retour au jeu concret de l'athlète.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Le président: Nous allons maintenant passer aux conservateurs. Monsieur Kitchen, vous avez la parole.

M. Robert Kitchen: Merci, monsieur le président.

Messieurs, je vous remercie tous les deux d'être ici aujourd'hui.

Essentiellement, votre présence ici nous donne le point de vue « entraînement » et le point de vue « sport individuel » de la question. Bien que vous interagissiez l'un avec l'autre, vous avez des responsabilités distinctes. Je trouve vos observations très intéressantes et je suis entièrement d'accord avec tout ce que vous avez dit.

Permettez-moi, monsieur Niedre, de commencer par vous.

En ce qui concerne l'aspect entraînement de la question qui nous occupe, vous offrez une formation aux entraîneurs qui oeuvrent dans les multiples sports pratiqués à l'heure actuelle. Avez-vous un système ou envisagez-vous un système de surveillance? Je me rends compte qu'avec les ordinateurs qui peuplent le monde d'aujourd'hui, il est beaucoup plus facile qu'avant de colliger et de tenir des données sur les gens et d'encadrer cette pratique. Avez-vous un système comme celui que vous avez proposé aux différentes organisations sportives?

M. Peter Niedre: J'ai mentionné le nombre d'entraîneurs qui sont passés par là. Nous avons une base de données qui répertorie plus d'un million d'entraîneurs. Les chiffres que j'ai pris — j'ai d'autres données dont nous pourrions discuter — proviennent essentiellement de notre base de données nationale. Nous couvrons 66 sports, et tous les entraîneurs liés à ces sports sont dans notre base de données; nous avons un dossier complet ou une transcription au sujet de tout ce qu'ils ont pris. C'est pourquoi j'ai pu produire ces chiffres. Nous connaissons la répartition des entraîneurs et nous savons quels sports font le plus de progrès. La tenue de données sur tous ces aspects fait partie de la surveillance que nous exerçons.

M. Robert Kitchen: Dans ma vie antérieure, j'étais responsable de la réglementation de la profession de chiropraticien pour la Saskatchewan ainsi que pour le reste du Canada. Nous avons examiné la question de la réglementation des professionnels, et c'est sous cet angle que je tente d'aborder le sujet qui nous occupe.

Y aurait-il une façon pour vous de faire cela? Évidemment, il y a un coût qui s'ajouterait, mais vous serait-il possible de faire quelque chose de semblable et de considérer cela comme un plus?

M. Peter Niedre: C'est drôle que vous posiez cette question. En ce moment, nous sommes au beau milieu de ce que l'on pourrait appeler une refonte. Nous sommes en train d'approuver notre profession d'entraîneur professionnel agréé. Or, dans l'optique de l'entraîneur professionnel agréé, nous cherchons différents moyens pour nous rapprocher de cela.

Est-ce que l'initiative Prendre une tête d'avance ou la gestion des commotions cérébrales a fait partie de cette discussion? Non, pas que je sache, en tout cas.

Outre le fait que nous pouvons faire le suivi de ces choses, et mis à part les sports que j'ai mentionnés, il y a d'autres organismes — les associations sportives provinciales des écoles secondaires — qui font le suivi de cette question et qui obligent les entraîneurs des écoles à emboîter le pas.

En ce qui concerne la fonction d'organisme de réglementation, voilà où nous en sommes. Ce n'est pas vraiment notre rôle. Notre rôle est d'éduquer, de créer et de travailler avec nos partenaires par l'intermédiaire du...

M. Robert Kitchen: Vous mettez donc davantage l'accent sur cet aspect de la question, auquel cas il se pourrait que ce soit aux sports individuels en tant que tels de réglementer leurs propres intervenants.

Êtes-vous d'accord avec cela? Diriez-vous que ce serait une meilleure façon d'y arriver?

M. Peter Niedre: Nous offrons de l'enseignement. Nous essayons de les guider. Nous tenons beaucoup de statistiques sur ce que les entraîneurs déclarent après avoir suivi la formation. Cela nous permet de mieux travailler avec les responsables des sports qui font partie de notre association. Nous pouvons leur dire que le contenu de nos enseignements aide les entraîneurs à se sentir plus sûrs d'eux-mêmes pour gérer les commotions cérébrales. C'est une question

d'auto-efficacité. Comme nous avons cette approche, nous ne cherchons pas à réglementer les entraîneurs. En revanche, nous travaillons avec nos partenaires dans le cadre du programme national de certification des entraîneurs.

M. Robert Kitchen: Merci.

Monsieur Hunter, ayant moi-même déjà été entraîneur de rugby, je suis heureux d'entendre vos observations au sujet des plaquages. Pour moi, c'est la chose la plus importante. J'ai appris à jouer à ce jeu en Angleterre lorsque j'avais six ans, alors j'ai grandi en apprenant à plaquer.

Une fois arrivé au Canada, j'ai constaté qu'il n'y avait pas de plaquage et qu'il y avait des joueurs de football qui venaient jouer au rugby, mais pas vraiment de joueurs de rugby de formation. Ce sont deux sports différents avec deux approches différentes. Je suis heureux d'entendre parler de votre approche pour abaisser la hauteur des plaquages. Un coup à la tête est un coup à la tête. Nous étions conscients de ce risque lorsque nous jouions et, en fin de compte, c'est un risque bien réel. Comme vous l'avez dit, la mêlée est l'un des aspects les plus risqués du jeu, mais le plaquage est, à mon sens, le noeud du problème.

Croyez-vous que c'est le sport individuel qui devrait prendre les décisions sur la façon dont vous réglemez votre jeu? Croyez-vous plutôt qu'il devrait appartenir au gouvernement fédéral de vous réglementer?

• (1805)

M. Paul Hunter: C'est une bonne question.

Je pense que le sport a une très grande responsabilité en matière de prévention. Je pense que personne ne connaît mieux son sport que les experts de ce sport, qu'il s'agisse des analystes qui font le suivi des jeux et des incidents... C'est grâce à nos analystes que nous avons recueilli une bonne partie des données qui nous ont permis d'établir que c'était lors de plaquages que les probabilités de commotion cérébrale étaient les plus élevées.

Je pense que le sport a un rôle à jouer dans la prévention. Comment pouvez-vous modifier votre sport? Pour nous, cela s'est fait en changeant la hauteur du plaquage et la façon d'appliquer les règlements d'arbitrage. Je pense que c'est à cet égard que le sport a une responsabilité.

Il n'y a peut-être pas beaucoup de possibilités de partenariat dans ce domaine. Là où je vois des possibilités de partenariat, c'est dans la détection des blessures liées aux commotions cérébrales et dans la façon dont nous gérons ces blessures. Si nous parlons de prévention, le sport doit faire son auto-examen, comprendre la tangente que prennent les blessures liées aux commotions cérébrales, puis évaluer s'il est possible d'en réduire la fréquence. Oui, il y a des risques inhérents à pratiquer un sport, mais pour ce qui est du rugby, notre travail consiste à réduire ces risques au minimum, voire à les éliminer.

Je crois donc que le sport a la responsabilité de faire son auto-examen et son auto-évaluation, et qu'il doit apporter des modifications à la façon dont il est pratiqué pour garantir un environnement plus sécuritaire à tous les participants.

M. Robert Kitchen: Dans le monde des sports — et nous n'avons qu'à regarder le hockey aujourd'hui, comment le hockey évolue —, nous avons maintenant des entraîneurs qui travaillent avec des organismes sportifs, ce qui n'était pas le cas auparavant. Il y avait des gens sur le banc qui ont reconnu... Lorsque je jouais au rugby à l'Université de Waterloo, nous avions un entraîneur qui était là pour nous aider. Il y a de nombreux professionnels qui répondent aux normes. Or, ces normes professionnelles comportent la reconnaissance des blessures sportives et, en particulier, un entraînement à l'égard des commotions cérébrales dans le sport. Ces avenues existent.

Si l'on considère que les entraîneurs sont probablement ceux qui sont le plus près de ce problème — parce que d'autres essaient de gagner de l'argent —, croyez-vous qu'il serait utile de faire appel à tout ce savoir-faire?

Le président: Vous avez 10 secondes.

M. Paul Hunter: Oui, c'est ce que je pense. Je crois qu'il est évident que nous avons des rôles et des responsabilités. Un thérapeute en sport peut détecter les signes et les symptômes, mais un thérapeute en sport ne peut pas poser de diagnostic. Nous devons établir très clairement quelles sont les personnes qui ont les compétences voulues pour poser un diagnostic médical. Cependant, toute personne peut apprendre à repérer les signes et les symptômes d'une commotion cérébrale potentielle — qu'il s'agisse d'un parent, d'un joueur, d'un entraîneur ou d'un thérapeute en sport. Cela ne lui donne pas pour autant l'autorité nécessaire pour établir un diagnostic. Lorsque nous soupçonnons une commotion cérébrale, nous devrions faire part de nos soupçons à des professionnels de la santé qui ont reçu une formation appropriée et qui sont aptes à poser de tels diagnostics.

Est-ce que j'ai pris 11 secondes?

Des voix: Oh, oh!

Le président: Vous étiez exactement dans les temps.

Passons maintenant à Mme Hardcastle, du NPD. Vous avez sept minutes.

Mme Cheryl Hardcastle (Windsor—Tecumseh, NPD): Merci beaucoup, messieurs.

Je crois, monsieur Hunter, que nous allons continuer sur cette lancée. Vous avez évoqué une notion clé, c'est-à-dire celle de la détection des commotions cérébrales. Je suis certaine, monsieur Niedre, que vous aurez aussi des idées à ce sujet.

Quelles devraient être nos prochaines démarches? Devrions-nous en faire une responsabilité fédérale ou préconiser un plan d'action concerté? Je crois comprendre que vous avez des programmes de sensibilisation et qu'il existe des applications pour les téléphones. Avant d'aborder toute la question du protocole qui est suivi une fois qu'il a été établi que quelqu'un a une commotion cérébrale, j'aimerais savoir où vous êtes allé chercher vos renseignements sur la façon de détecter ou de soupçonner une commotion cérébrale. J'essaie de comprendre l'idée que vous vous faites de la détection d'une commotion cérébrale.

Compte tenu des limites de notre Comité et de ce que nous sommes censés faire — c'est-à-dire nous barder de renseignements et de points de vue —, si vous avez des idées à nous donner sur ce que nous devrions examiner ou viser, ou sur vos pratiques exemplaires, cela nous serait probablement utile.

J'aimerais utiliser le temps qui m'est imparti pour vous donner la chance de parler de cela, si tel est votre désir.

● (1810)

M. Peter Niedre: Aimeriez-vous commencer?

M. Paul Hunter: Volontiers.

D'où proviennent nos renseignements? Je suis sûr que le Comité a entendu parler de la déclaration de consensus de Berlin. Nous avons rassemblé des experts de renommée mondiale dans de nombreuses disciplines médicales, dont les travaux ont permis de soulever des montagnes lorsqu'on compare la situation à il y a 8 ou 12 ans. Grâce à la convention de Zurich en 2012 et à celle de Berlin en 2016, nous commençons à observer un peu plus d'uniformité, même si les changements ne sont pas énormes.

Il y a 12 ans, nous ne savions pas ce qu'était une commotion cérébrale. Même aujourd'hui, certaines zones grises persistent. Je crois que nous sommes parvenus à une plus grande uniformité grâce aux travaux de 2012 à 2016, ce qui nous aide à repérer les signes et les symptômes, par exemple.

Où allons-nous chercher nos renseignements? Nous en obtenons une bonne partie à partir de cette déclaration et de cette convention. Ces renseignements proviennent d'experts médicaux. Pour ce qui est de savoir comment mettre à profit cette information dans nos sports, ce rôle relèverait de l'association sportive et de divers autres organismes. Par exemple, nous avons recours à Parachute Canada pour harmoniser notre processus.

En cas de commotion cérébrale confirmée ou soupçonnée, la façon de gérer la situation peut être la même dans de nombreux sports. Les commotions cérébrales surviennent de différentes façons dans le milieu du sport. C'est pourquoi la prévention est vraiment importante.

À l'étape de la détection, toutes les personnes qui interviennent dans un sport doivent être en mesure de repérer les signes et les symptômes d'une commotion cérébrale non seulement sur le terrain, mais aussi hors du terrain. Nous savons que les jeunes joueurs se parleront entre eux. Ils s'enverront des textos. Ils feront une recherche dans Google pour obtenir cette information. Ils en discutent et ils cherchent à s'informer. Toutefois, l'éducation à cet égard n'est pas encore à la hauteur des normes.

Il faut reconnaître que ce n'est pas seulement la responsabilité de l'entraîneur ni de l'arbitre. Lorsqu'un joueur rentre chez lui, il parlera à ses parents. Les parents ont la responsabilité de se renseigner sur les signes et les symptômes, non seulement pour être en mesure de les repérer, mais aussi pour savoir quoi faire par la suite. Qui sont les gens compétents à qui ils peuvent parler pour s'assurer d'obtenir l'aide médicale nécessaire?

On ne parle pas seulement de sport ici. Il est aussi question de retour à l'apprentissage. La santé mentale est un autre aspect important. Dès qu'un enfant est susceptible d'avoir subi une commotion cérébrale, il pourrait commencer à s'absenter de l'école, à accumuler des retards, à manquer des examens. Cela a un effet domino. Il faut mieux faire connaître les moyens de gérer une commotion cérébrale.

Une fois qu'on a détecté les signes et les symptômes, on cherche à transmettre cette information aux professionnels de la santé pertinents, mais encore faut-il savoir gérer la commotion cérébrale. L'éducation entre en ligne de compte non seulement avant la détection d'une commotion cérébrale soupçonnée, mais aussi durant la gestion de celle-ci et après le diagnostic.

Ma recommandation repose sur la question suivante: comment pouvons-nous faire en sorte que tout le monde ait accès à des ressources reconnues, à jour et fondées sur des données probantes qui peuvent aider à repérer les signes et les symptômes d'une commotion cérébrale et à obtenir l'aide médicale nécessaire?

M. Peter Niedre: J'aimerais ajouter, comme Paul vient de le dire et comme je l'ai moi-même mentionné dans ma déclaration préliminaire, que l'objectif de l'Association canadienne des entraîneurs est l'harmonisation dans l'ensemble du pays. Nous travaillons en étroite collaboration avec Parachute Canada. Nous siégeons également au groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les commotions cérébrales, qui compte de nombreux représentants.

Pour en revenir à votre question sur le contenu en la matière, mis à part ce que j'ai mentionné au sujet de notre module actuel, l'information est mise à jour, comme Paul l'a dit. La déclaration de consensus de Berlin...

Mme Cheryl Hardcastle: Si je peux me permettre d'intervenir, ma question ne portait pas sur le contenu. Qui sont les gens qui ont élaboré le contenu? Je suppose que vous êtes un éducateur, un physiothérapeute. C'est ce que je veux dire.

M. Peter Niedre: Encore une fois, mis à part la conférence, j'ai mentionné que beaucoup d'autres médecins avaient contribué à cette initiative. Parmi les autres personnes ayant participé à la création du contenu figuraient des intervenants sur le terrain de jeu, c'est-à-dire des spécialistes techniques du sport et des entraîneurs à tous les niveaux de jeu. Il est important de comprendre cela.

Voilà, en gros, notre source d'information pour élaborer ce contenu. Il s'agit de tous les experts avec qui nous collaborons. Il n'y a pas que des experts médicaux. Les entraîneurs ou les intervenants techniques dans le milieu du sport comprennent les défis auxquels on fait face au quotidien.

Comme Paul l'a très bien dit, il s'agit de soupçonner une commotion cérébrale, et les entraîneurs doivent également s'occuper de la dimension éthique, qui est un élément important. Ils doivent être à l'aise de dire: « Je soupçonne une commotion cérébrale. Il est temps de retirer cet athlète du terrain de jeu ou de la séance d'entraînement. » C'est là qu'ils ont besoin d'une certaine assurance, parce que les athlètes subissent également des pressions de la part de leurs parents, des autres membres de la ligue et d'autres intervenants.

Voilà donc un autre facteur. En ce qui a trait au contenu, il est vraiment important de faire en sorte que les entraîneurs se sentent à l'aise avec l'idée de protéger, d'abord et avant tout, les participants, peu importe le niveau, qu'il s'agisse d'un entraînement ou d'une compétition. C'est un aspect crucial. Nous devons nous assurer de renforcer ce message pour que les entraîneurs sachent quoi faire dès qu'ils soupçonnent une commotion cérébrale, comme Paul l'a expliqué, c'est-à-dire s'adresser directement au professionnel de la santé qui est un expert dans le domaine. N'oublions pas que la plupart de nos entraîneurs ont entre 15 et 24 ans, puis il y a des parents comme moi dans la tranche des 45 ans et plus.

• (1815)

Le président: Madame Fortier.

[Français]

Mme Mona Fortier: Merci, monsieur le président.

Messieurs, je vais poser mes questions en français. Si vous ne comprenez pas cette langue, vous pouvez écouter l'interprétation pour comprendre mes questions.

[Traduction]

Le président: Nous avons ici des écouteurs pour l'interprétation.

Mme Mona Fortier: Est-ce que cela compte dans mon temps de parole?

[Français]

Avez-vous remis le chronomètre à zéro, monsieur le président?

Le président: Oui.

Mme Mona Fortier: Tout d'abord, je remercie nos témoins de leur présence aujourd'hui.

En fait, c'est une journée spéciale aujourd'hui puisque c'est la journée Bell Cause pour la cause. On parle donc beaucoup de santé mentale dans les corridors et à la Chambre. Je pense que c'est un sujet dont on discute beaucoup dans le milieu du sport, car les commotions cérébrales ont un effet sur la santé mentale des gens, des athlètes et des jeunes qui pratiquent un sport.

Plus tôt, vous avez parlé de statistiques et de données. Dans le contexte des commotions cérébrales liées aux sports, notre comité aimerait bien prendre connaissance des statistiques que vous pourriez avoir sur le nombre de personnes touchées, soit à Rugby Canada ou à votre association, monsieur Niedre. Vous avez indiqué tout à l'heure que ce nombre était en baisse, et le Comité souhaiterait avoir certaines preuves à cet égard.

Tantôt, il a rapidement été question d'un changement de culture et j'aimerais avoir votre opinion en la matière. Je sais qu'il existe des exercices de prévention et certaines applications techniques, mais, selon vous, comment pouvons-nous changer la culture dans le milieu sportif en lien avec les commotions cérébrales? J'aimerais rappeler que des jeunes et des athlètes sont venus nous raconter ce qui leur était arrivé. Leurs histoires difficiles nous ont permis de constater qu'ils ne savaient pas à quel point ces commotions cérébrales allaient changer leur vie. Nous reconnaissons qu'il doit y avoir un changement de culture et j'aimerais entendre votre point de vue à ce sujet.

Monsieur Niedre, nous pourrions commencer par vous.

[Traduction]

M. Peter Niedre: Merci.

J'ai lu la transcription de certains des témoignages précédents au sujet des athlètes, et j'ai quelques réflexions à faire. Cela revient à l'un des premiers points que j'ai fait valoir. Pour les entraîneurs, tout passe par l'éducation. En effet, les entraîneurs sont sans cesse appelés à prendre des décisions éthiques, qui peuvent avoir une incidence sur ces choses.

À propos de la prévention des commotions cérébrales, il est important de souligner, dans le cadre de l'éducation, que la bonne chose à faire, du point de vue éthique, lorsqu'on soupçonne une commotion cérébrale, c'est de retirer l'athlète du terrain de jeu. Nous devons continuer à procéder ainsi dans l'ensemble du système, à tous les niveaux. Cette pratique est recommandée tant par les organismes gouvernementaux que par les organismes de sport — à l'échelle nationale, provinciale, locale et communautaire. C'est, à mon sens, le premier point.

Le deuxième, c'est que nous ne faisons pas vraiment le suivi des commotions cérébrales, mais je sais que nous siégeons au groupe de travail fédéral-provincial-territorial chargé de ce dossier, et il y a eu beaucoup de discussions et de recommandations sur l'importance de commencer à faire des suivis plus fréquents, surtout dans le cadre d'interventions de nature pédagogique, et à surveiller comment ces efforts contribuent, on l'espère, à la réduction du nombre de commotions cérébrales.

Je ne peux pas vraiment parler de... Les sports dont je m'occupe présentent un faible risque du point de vue des commotions cérébrales, mais je le répète, nous y faisons face tout le temps, comme entraîneurs, car les joueurs peuvent se présenter à une séance d'entraînement en ayant déjà subi une commotion. Personnellement, en tant qu'entraîneur, je ne prends aucun risque. J'ai également été entraîneur de hockey, et je n'ai jamais pris de risque à cet égard.

Voilà l'essentiel de mon message. Il s'agit de continuer à donner aux entraîneurs l'assurance nécessaire pour prendre de telles décisions éthiques et de veiller à ce qu'ils adoptent un regard éthique sur la façon dont ils travaillent avec leurs athlètes et les mesures à prendre dès qu'ils soupçonnent une commotion cérébrale.

• (1820)

[Français]

Mme Mona Fortier: Monsieur Hunter, souhaitez-vous intervenir?

[Traduction]

M. Paul Hunter: Oui, bien sûr. Ce sont là d'excellentes questions.

Du point de vue d'un organisme national de sport, les seules fois où nous prenons connaissance d'une blessure, c'est lorsqu'il y a une réclamation. Voilà l'approche concrète. Nous n'entendons pas beaucoup parler de déclaration de blessures.

[Français]

Mme Mona Fortier: Vous ne cherchez donc pas vraiment à recueillir ces données, vous ne faites que les recevoir. Est-ce exact?

[Traduction]

M. Paul Hunter: Nous n'entendons parler de blessures qu'en cas de réclamation. Les organismes provinciaux de sport conservent des données à l'échelle locale, mais ils ne les transmettent généralement pas à l'organisme national de sport. Il s'agit d'une lacune parce que si nous avions accès aux données, nous pourrions déceler les tendances qui se manifestent partout au pays.

Dans le contexte du rugby, beaucoup de données proviennent d'autres pays, en fonction des écoles secondaires et des tranches d'âge des enfants en vue d'une comparaison d'un pays à l'autre; toutefois, il ne s'agit pas de Canadiens. Ce sont les meilleures données que nous disposons en ce moment.

En ce qui a trait au rugby, nous estimons que cela constitue un problème. L'une des mesures que nous avons prises il y a quelques semaines, c'est de collaborer avec l'Université de Calgary pour examiner la collecte de données et l'enregistrement de blessures par certaines écoles secondaires. Nous nous sommes penchés là-dessus. Pourquoi les blessures ne sont-elles pas consignées? Comment pouvons-nous procéder pour que les blessures soient enregistrées? Qu'est-ce qu'une blessure? Le fait d'appliquer un pansement à quelqu'un doit-il être inscrit au dossier?

Nous cherchons à uniformiser l'enregistrement. Les données consignées dans une province pourraient être totalement différentes de celles consignées dans une autre. De même, les blessures qu'un

thérapeute en sport choisit d'inscrire au dossier pourraient être bien différentes de celles enregistrées par un autre thérapeute en sport.

Nous avons mis à la disposition des gens un formulaire d'enregistrement des blessures sur notre site Web, dans la section sur le bien-être des joueurs. Pourtant, ce document n'est pas utilisé. La plupart des clubs, des écoles et des organisations contractent une assurance médicale auprès d'un tiers pour leurs tournois et festivals. On ne sait pas trop comment obtenir ces données ou ces preuves.

[Français]

Mme Mona Fortier: Si je comprends bien, Rugby Canada n'a pas de composante interne dédiée à la recherche ni à la collecte nationale de données. Est-ce exact? Le cas échéant, ne devriez-vous pas entreprendre ces activités?

[Traduction]

M. Paul Hunter: Oui, absolument. Si nous voulons nous appuyer sur des données probantes, nous devons comprendre ce qui se passe dans notre pays.

Il y a quelques bons exemples de collecte de données. Ainsi, nous savons que l'Université de Calgary a observé les résultats d'un programme de huit semaines à Calgary. Durant ces huit semaines, 50 % des joueuses de rugby du secondaire ont subi une blessure, et 25 % de ces blessures étaient liées à une commotion cérébrale.

À l'échelle nationale, nous ne sommes pas au courant des tendances. Nous n'avons pas les données nécessaires. Nous nous efforçons certes d'établir un dialogue, mais la collecte de données serait d'une très grande utilité pour les sports.

Il n'y a pas de collaboration étroite entre les écoles et les organismes nationaux de sport.

Le président: Merci.

Nous revenons maintenant aux conservateurs. La parole est à M. Alex Nuttall.

M. Alexander Nuttall (Barrie—Springwater—Oro-Medonte, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci, messieurs Hunter et Niedre, de votre témoignage aujourd'hui.

Je voudrais reprendre exactement là où Mme Fortier en était rendue au sujet des données.

Venez-vous de la Colombie-Britannique? D'où venez-vous?

M. Paul Hunter: Je viens de l'est de Toronto.

M. Alexander Nuttall: Oh, vous venez de l'est de Toronto.

• (1825)

M. Paul Hunter: Je considère Peterborough comme mon chez-moi.

M. Alexander Nuttall: Vous ne venez donc pas de la Colombie-Britannique.

J'ai eu l'occasion d'aller au bureau central de Rugby Canada, en Colombie-Britannique. Un des sujets abordés portait sur les commotions cérébrales.

C'était intéressant. J'y suis allé il y a sept ou huit semaines, et j'ai visité entre autres un établissement de gymnastique. Parmi les initiatives lancées, un jeune homme avait créé une application destinée à faire le suivi de l'état de santé des jeunes, et le gouvernement chinois avait demandé que cet outil soit mis en oeuvre dans l'ensemble de ses écoles et de ses programmes, notamment ses programmes des Jeux olympiques, qui sont structurés bien différemment des nôtres.

A-t-on envisagé ce genre d'approche, dans le cadre de laquelle l'ensemble des organisations — Hockey Canada, Rugby Canada et tout le reste — demandent aux joueurs inscrits à l'un de leurs programmes d'élite de signer un formulaire de confidentialité qui leur permet d'échanger de l'information?

Souvent, un grand athlète est un grand athlète et, oui, il excelle dans une ou deux choses, mais il aura tendance à pratiquer plusieurs sports différents.

M. Paul Hunter: Cela changerait la donne, si je peux m'exprimer ainsi.

En raison des différents paliers, les écoles secondaires et les clubs tiennent leurs propres dossiers. Nos enfants pratiquent plusieurs sports; ainsi, une commotion cérébrale qui est enregistrée dans un sport auprès d'un organisme provincial est communiquée à l'organisme national, mais l'information n'est pas transférée à l'organisme d'un autre sport. Par conséquent, il se peut que des enfants passent d'un sport à l'autre.

M. Alexander Nuttall: Oui, tout à fait.

À l'étape de l'inscription, vos joueurs ou leurs parents ne remplissent-ils pas des formulaires pour vous faire part de leurs antécédents médicaux?

M. Paul Hunter: Il y a un dossier médical. Il y a aussi des publications et des documents dans lesquels on encourage les joueurs à déclarer s'ils ont subi une commotion cérébrale ou une blessure dans un autre contexte. C'est comme pour bien d'autres documents, mais en ce qui a trait au point que vous avez soulevé, s'il existait une application qui permettait à chaque sport et à chaque école de consigner ces données, puis qui expliquait les protocoles de retour au jeu et de retour à l'apprentissage, en plus d'identifier les médecins ou les professionnels de la santé pertinents, voilà qui changerait la donne pour nous. Cela nous fournirait des preuves très concrètes pour que nous puissions ensuite apporter les changements nécessaires à notre sport.

M. Alexander Nuttall: Quand vous dites que cela changerait la donne, est-ce dans le sens positif du terme?

M. Paul Hunter: Oui, absolument.

M. Alexander Nuttall: Vous voulez donc dire que cela changerait la donne pour le mieux.

M. Paul Hunter: Oui, désolé. Ce serait pour le mieux.

M. Alexander Nuttall: Cela permettrait d'accélérer les choses pour aller de l'avant.

M. Paul Hunter: Oui.

M. Alexander Nuttall: Très bien.

Aujourd'hui, c'est la journée Bell Cause pour la cause. Nous avons entendu des témoignages au Comité qui m'ont ému jusqu'aux larmes. Cheryl connaissait très bien l'une des familles. En ce qui concerne les problèmes de santé mentale, les troubles mentaux liés aux commotions cérébrales, quelles données compilez-vous lorsque vous observez de tels incidents dans votre sport, dans des cas individuels? Y a-t-il une corrélation automatique? Est-ce une personne sur trois ou une personne sur cinq qui finit par souffrir de grave dépression, au point de ne pas pouvoir aller à l'école ou au travail ou de ne plus pouvoir sortir de la maison? C'est ce que nous ont dit deux jeunes tout à fait remarquables il n'y a pas si longtemps.

M. Peter Niedre: Je ne suis pas au courant de l'existence de données qui relie ces deux problèmes.

Je précise encore une fois que, comme Paul l'a indiqué, nous avons du mal à conserver ne serait-ce que les données sur l'incidence des commotions cérébrales, que nous recevons des associations sportives. Comme Paul l'a mentionné, nous avons effectivement besoin d'une base de données qui peut préciser les personnes souffrant de ce problème, car, lorsque nous songeons à toutes ces interventions, nous comprenons que nous devons déterminer les répercussions que les commotions cérébrales ont sur la santé mentale.

Je ne peux pas parler de la question de la santé mentale. Toutefois, j'ai entendu des histoires. Comme nous en sommes tous conscients, le fait est que nous encourageons les athlètes et tous les gens à parler davantage de la santé mentale. La réalité, c'est que certaines personnes ne le font pas. Il se peut que certaines personnes ne se manifestent même pas pour exprimer leur volonté de le faire. C'est un problème auquel nous faisons également face dans le cadre de cette initiative. Lorsque nous tentons d'analyser des résultats fondés sur des données probantes, nous sommes parfois très restreints par ces facteurs.

M. Alexander Nuttall: Merci.

Le président: Nous allons maintenant passer aux intervenants libéraux. Le député en question sera le dernier à intervenir pendant cette série de questions, et il s'agit de M. Darren Fisher.

M. Darren Fisher (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.): Merci beaucoup.

Je vous remercie infiniment, messieurs, de vos témoignages.

Je vais sembler m'éparpiller pendant mon intervention.

Premièrement, Rugby Canada relève-t-il de l'Association canadienne des entraîneurs? Fait-il partie de vos 66 organisations?

M. Peter Niedre: Oui, c'est exact. Nous faisons équipe avec Rugby Canada.

M. Darren Fisher: Vous avez parlé de la formation. Personnellement, Peter, je m'intéresse vraiment aux programmes de recyclage. Je vais utiliser le hockey comme exemple, car c'est le domaine que je connais le mieux.

Lorsque mon fils avait cinq ans, il avait un entraîneur qui est toujours en fonction aujourd'hui. Ai-je raison de présumer que des cours de recyclage sont offerts régulièrement? Nous en savons maintenant tellement plus sur les commotions cérébrales — et ce, en grande partie grâce aux entraîneurs — que nous en savions il y a 12 ans, lorsque mon fils a commencé à jouer au hockey.

Combien de cours de recyclage sont offerts? Sont-ils offerts annuellement? Sont-ils offerts tout court? Pouvez-vous parler au nom de Hockey Canada en ce qui concerne la question de savoir si les entraîneurs suivent constamment des cours de recyclage?

• (1830)

M. Peter Niedre: Dans le cadre du Programme national de certification des entraîneurs, nous avons adopté une politique qui est connue sous le nom de politique de maintien de la certification. L'application de cette politique signifie que les entraîneurs certifiés selon le PNCE doivent maintenir leur certification tous les cinq ans, au moyen d'un perfectionnement professionnel. Nous avons établi un système de points. Les entraîneurs participent à diverses possibilités de perfectionnement professionnel afin d'accumuler des points et de maintenir leur certification.

M. Darren Fisher: Ils ont l'occasion de faire cela. Sont-ils tenus de respecter une norme, qui les oblige à participer à ce perfectionnement afin de pouvoir poursuivre leurs activités d'entraîneur?

M. Peter Niedre: Si un entraîneur ne maintient pas sa certification, on lui accordera le statut « certifié (statut non renouvelé) ». Toutefois, il appartient à l'organisation sportive d'examiner la façon dont elle mettra en oeuvre ce statut non renouvelé.

L'organisation sportive du hockey s'emploie actuellement à déterminer comment ce statut fonctionnera, en ce qui a trait à la présence de l'entraîneur sur le banc. De même, les différents sports cherchent à définir la signification du statut « certifié » et du statut « certifié (statut non renouvelé) », ce qui veut dire qu'à l'aide de leur législation qui stipule les règles de sécurité qui s'appliquent sur le banc, ils s'assurent que leurs entraîneurs maintiennent leur certification. Nous informons les entraîneurs de l'évolution de leur statut longtemps à l'avance.

M. Darren Fisher: Paul, dans votre ancien rôle, vous étiez gestionnaire du développement national des entraîneurs. Dans le cadre du perfectionnement d'un entraîneur de rugby juvénile, disons, quelle partie de votre processus met l'accent sur les commotions cérébrales?

Vous avez parlé tous les deux, tout comme de nombreuses autres personnes, de la détection des commotions cérébrales. Cependant, nous entendons un peu moins parler de la prévention. Vous pourriez peut-être effleurer la question du rôle que vous assumiez avant d'être nommé directeur par intérim et parler de la façon dont vous aborderiez la question du point de vue des commotions cérébrales.

M. Paul Hunter: Nous avons décidé d'offrir notre formation en ligne annuellement, pour faire en sorte qu'un entraîneur ne passe jamais plus de 12 mois sans prendre connaissance de nouveaux renseignements, qu'il s'agisse de la modification d'une règle du jeu ou de quoi que ce soit de nature médicale.

Les deux parties de notre formation en ligne annuelle composent le programme Rugby Ready, c'est-à-dire la façon d'aborder les cinq zones de contact du rugby. Par ailleurs, une modification sera apportée à une règle. Cela signifie que personne ne passera plus de 12 mois sans prendre connaissance du nouveau cycle des règlements à venir.

La formation sur la gestion des commotions cérébrales est distincte. Elle n'aborde pas les aspects techniques et tactiques du sport. Elle traite de la détection et de la gestion des signes et des symptômes. Par exemple, l'un des changements qui ont été apportés à la formation traite de certaines recherches qui indiquent que des réchauffements peuvent entraîner une réduction des commotions cérébrales. Cette information sera intégrée dans la partie portant sur la prévention.

La formation en ligne comporte deux parties qui seront suivies annuellement par tous les entraîneurs et les joueurs. Nous exerçons notre compétence sur le milieu des clubs, mais de nombreux conseils scolaires adopteront la politique de Rugby Canada. Par conséquent, un grand nombre de conseils scolaires imposeront cette formation à leurs membres. Cependant, nous exigeons que les entraîneurs et les arbitres de tous les clubs suivent cette formation tous les 12 mois.

La formation technique et tactique est offerte en ligne, tout comme la formation sur la détection. La partie portant sur la prévention appuie l'entraîneur dans sa façon d'enseigner les techniques liées aux cinq zones de contact de notre sport. Enfin, la formation sur la gestion des commotions cérébrales conçue à l'intention du grand

public traite de la façon de détecter et de gérer les signes et les symptômes des commotions cérébrales.

M. Darren Fisher: La tolérance zéro?

M. Paul Hunter: Oui.

M. Darren Fisher: Trouvez-vous que la tolérance zéro a pour effet de changer les comportements? Nous avons observé cela au hockey. Un joueur pourrait être suspendu pendant cinq parties, participer à la partie suivante et être suspendu de nouveau pour s'être comporté exactement de la même manière. Dans l'une des salles où nous nous sommes réunis au cours de notre étude, des gens nous ont dit — et nous avons entendu les mères, les pères et les jeunes athlètes prononcer les mêmes paroles — que les pénalités ne modifiaient pas les comportements.

La tolérance zéro change-t-elle les comportements au rugby?

M. Paul Hunter: Oui. Je ne crois pas qu'il y ait une seule réponse explicite à cette question, qui permettrait de réduire ou d'éliminer... Je pense qu'il y a plusieurs éléments à prendre en considération. Je crois que la tolérance zéro joue un rôle dissuasif, en particulier dans le cas de contacts délibérés avec la tête. En ce qui concerne les contacts accidentels, il se peut que l'encadrement et la compréhension du joueur jouent un rôle. Mais, oui, je crois que vous observerez une réduction de la haine qui précède un contact. C'est là un aspect éducatif.

Nous avons demandé auparavant comment nous pouvions changer une culture. La modification d'une culture exigera du temps. Nous n'observerons pas immédiatement un changement. Je dirais que les modèles de comportement, c'est-à-dire ce que font nos athlètes internationaux et nos athlètes professionnels, jouent un rôle clé. Si nous observons à la télé la mise en oeuvre d'une politique de tolérance zéro, cela aura des retombées sur nos jeunes. Alors, oui, je crois qu'une politique de tolérance zéro envers les contacts avec la tête réduit effectivement les blessures liées à des commotions cérébrales.

• (1835)

Le président: Merci, monsieur Hunter.

M. Paul Hunter: Je pense que Hockey Canada a mené d'excellentes recherches à cet égard.

Le président: Nous aimerions remercier Rugby Canada, M. Paul Hunter et l'Association canadienne des entraîneurs, ainsi que M. Peter Niedre. Vous semblez bien travailler en collaboration. De plus, tout le monde cherche à trouver la meilleure approche à cet égard et la façon dont nous pourrions trouver des réponses aux questions difficiles.

Je vous remercie infiniment, et je remercie les membres de leurs questions.

M. Peter Niedre: Merci, messieurs.

M. Paul Hunter: Merci.

Le président: Nous allons maintenant passer à la deuxième partie de notre séance et entendre nos prochains témoins.

• (1835)

(Pause)

• (1835)

Le président: Nous allons recommencer, ce qui est merveilleux. Nous venons d'entendre nos premiers témoins, et nous accueillons maintenant notre deuxième groupe d'experts.

Nous recevons le Dr Roger Zemek, directeur de la recherche clinique, au Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, ainsi que Pamela Fuselli, vice-présidente, Relations entre les intervenants, Transfert des connaissances et des compétences, à Parachute Canada.

Je dirais aux membres que ce qui est formidable, c'est que ces deux témoins ont écouté les premiers témoignages que nous avons entendus. Il se pourrait donc qu'ils puissent nous communiquer certains renseignements qui répondent aux questions qu'ils ont entendues.

Dans le cadre de cette première série de questions, nous allons commencer encore une fois par céder la parole aux libéraux, dont le représentant sera M. Darren Fisher...

Mme Mona Fortier: Ils font leur exposé en premier.

Le président: Oh oui, c'est vrai. J'ai cafouillé de nouveau. D'accord, pour une raison quelconque, je désire passer directement aux questions.

M. Darren Fisher: Je ne veux pas passer en premier.

Le président: Nous allons commencer par entendre le Dr Roger Zemek, du CHEO.

M. Roger Zemek (directeur de la recherche clinique, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario): Merci.

Comme les témoins précédents l'ont fait, je tiens à remercier le Comité et le Sous-comité de prêter attention à un sujet aussi important.

Premièrement, j'aimerais vous dire que je suis le bénéficiaire de subventions concurrentielles octroyées par un grand nombre d'organisations, dont les IRSC, la Fondation ontarienne de neuro-traumatologie, l'Institut ontarien de recherche sur le cerveau, la Fondation Neuro Canada et la NFL. Toutefois, je ne crois pas que ces subventions constituent un conflit d'intérêts.

Je souhaite maintenant me présenter. Je m'appelle Roger Zemek, et je suis urgentologue pédiatre au sein du Département de pédiatrie de l'Université d'Ottawa. De plus, je suis scientifique principal à l'unité de recherche clinique, et je dirige le programme de mise en oeuvre des données probantes dans la pratique, au CHEO. Enfin, je suis titulaire d'une chaire de recherche clinique sur les commotions cérébrales chez les enfants, de l'Institut de recherche sur le cerveau et le psychisme de l'Université d'Ottawa, et je suis vice-président de Pediatric Emergency Research Canada.

En plus d'être clinicien du Service des urgences, mon propre domaine de recherche est axé sur la production et l'application des meilleures données probantes disponibles dans le domaine des commotions cérébrales, ainsi que sur l'interprétation des connaissances liées à ces données et sur l'utilisation de ces données dans les soins aux patients. En ma qualité d'enquêteur principal en recherche et de membre de l'équipe, j'ai obtenu plus de 4,3 millions de dollars qui ont mené à un financement total de 34 millions de dollars pour la recherche sur les commotions cérébrales.

L'une des réalisations dont je m'enorgueillis vraiment, c'est le fait d'avoir été en mesure de diriger l'équipe qui a mené l'étude sur les commotions cérébrales la plus importante à ce jour à l'échelle mondiale. Nous avons fait appel à neuf centres situés partout au pays, et nous avons inscrit plus de 3 000 enfants à l'étude. Il s'agissait de l'étude intitulée *Predicting Persistent Postconcussive Problems in Pediatrics*, d'où son surnom d'étude des 5 P.

J'ai également étudié l'épidémiologie des commotions cérébrales afin d'analyser leurs tendances au cours des 10 dernières années. De plus, j'ai mené un essai comparatif provincial randomisé sur l'activité

physique précoce, comme le mentionnent les lignes directrices de Berlin — par opposition aux anciennes lignes directrices de Zurich —, afin de déterminer lequel des deux protocoles de repos était le plus efficace. Grâce à la FON, j'ai aussi dirigé la rédaction des premières lignes directrices exhaustives sur les commotions cérébrales pour les pédiatres. Non seulement ces lignes directrices étaient accompagnées d'une version destinée aux fournisseurs de soins de santé, mais elles étaient aussi les premières à offrir une version pour les entraîneurs et les enseignants, de même qu'une version pour les parents.

En tant qu'expert en matière de contenu, je fais partie de l'équipe de Pam à Parachute Canada. En outre, j'ai été l'un des experts en pédiatrie du groupe d'experts de Berlin, et j'ai aussi été membre de l'une des autres équipes. Enfin, j'ai donné un exposé aux National Institutes of Health des États-Unis, à Bethesda, pendant que je siégeais au sein de certains de leurs groupes d'experts.

Je suis très fier de dire que le Canada est un chef de file dans la recherche sur les commotions cérébrales. Le Canada compte 4 des 10 universités les plus fréquemment citées à l'échelle mondiale au sujet des commotions cérébrales. Nous sommes vraiment avant-gardistes. Si vous aviez examiné les groupes d'experts qui ont fait des exposés au cours de la réunion de Berlin et qui ont dirigé bon nombre de ses comités, vous auriez constaté que le Canada jouait assurément dans la cour des grands.

Je souhaite maintenant souligner rapidement quelques aspects de mes propres recherches. Ensuite, c'est avec plaisir que j'entrerai dans les détails pour répondre aux questions.

L'un des aspects que j'aborderai est l'épidémiologie. Nous avons démontré qu'en Ontario, le nombre de visites des services des urgences et des cabinets de médecins qui sont occasionnées par des commotions cérébrales a quadruplé au cours des 10 dernières années. L'augmentation la plus importante a été enregistrée chez les adolescents, dont le nombre de commotions cérébrales est devenu cinq fois et demie plus important.

Mon étude comportait 3 000 patients accueillis dans des services des urgences de l'ensemble du Canada. Nous avons étudié les enfants au moment où leurs blessures étaient les plus critiques puisqu'en moyenne, les enfants ont été inscrits à l'étude moins de trois heures après avoir subi leurs blessures. Nous avons suivi ces enfants pendant plus de trois mois. La bonne nouvelle — car il y a de bonnes nouvelles — et ce que nous avons constaté, c'est que l'état de santé de la plupart des enfants s'améliore. Toutefois, dans 30 % des cas, leurs symptômes persistent plus d'un mois. J'ai passé en revue certains des facteurs prédictifs, mais je n'entrerai pas dans les détails pour le moment.

Bien que le sport soit une importante cause de commotions cérébrales, nous savons également qu'environ 25 % de la totalité des commotions et peut-être même jusqu'à un tiers d'entre elles ne sont pas liées au sport. Il est très important de ne pas perdre cela de vue, car nos athlètes peuvent toujours glisser sur la glace, entrer en collision avec quelqu'un ou quelque chose dans les couloirs de l'école, ou être victimes d'accidents de la route, et, par la suite, cela peut avoir une incidence sur la pratique de leur sport.

L'une des initiatives de notre équipe a consisté à parler de la reprise des activités sportives et de la façon dont ces aspects ont évolué. Je suis fier d'avoir dirigé l'équipe qui a découvert qu'une activité physique précoce favorisait la guérison, avec le temps. La notion de prison résidentielle, selon laquelle les familles interprétaient la recommandation de laisser les enfants se reposer jusqu'à ce que leurs symptômes disparaissent comme une invitation à les enfermer dans des pièces sombres pendant certaines périodes de temps, pourrait avoir fait plus de mal que de bien. Je serais heureux de parler plus tard de l'équilibre qui convient à Boucle d'or — ni trop chaud, ni trop froid — et de notre capacité de trouver un « juste » équilibre.

• (1840)

Enfin, l'une des études que nous avons menées nous a permis d'examiner la qualité de vie des enfants touchés par des commotions cérébrales. Bien que la qualité de vie des enfants ayant subi des commotions cérébrales s'améliore à bien des égards, l'incidence de ces blessures sur la qualité de vie des enfants à l'école persiste par rapport à la qualité de vie de l'enfant moyen. En ma qualité de pédiatre, je trouve que c'est là un facteur qui importe énormément. Même dans le cas des enfants qui se sont rétablis, leur qualité de vie à l'école est demeurée considérablement inférieure à celle des enfants en bonne santé pendant une longue période qui a dépassé trois mois.

Je suis heureux de l'occasion qui m'est donnée de parler aux membres du Comité d'un sujet qui me tient vraiment à cœur et pour lequel je tente de trouver des réponses.

Le président: Merci, docteur Zemeck.

Nous allons maintenant passer à Parachute Canada et entendre Mme Pamela Fuselli.

Mme Pamela Fuselli (vice-présidente, Relations entre les intervenants, des connaissances et des compétences, Parachute Canada):

Merci. Bonsoir.

Comme vous l'avez dit, je m'appelle Pamela Fuselli. Je suis vice-présidente de Parachute Canada, organisme de bienfaisance canadien qui se consacre à la prévention des blessures. Merci de m'avoir invitée à soulever ce sujet important auprès du Comité.

L'objectif du Sous-comité est parallèle à la vision de Parachute qui consiste à veiller à ce que les Canadiens vivent longtemps et pleinement. Au fur et à mesure que nous réduisons l'incidence et les répercussions à long terme des commotions cérébrales, les Canadiens peuvent recommencer à pratiquer des sports dans leur vie de tous les jours.

Parachute fait office de pont entre les chercheurs et les décideurs, le public, les professionnels ainsi que les membres de l'industrie en traduisant la recherche en messages clés, en outils, en stratégies et en politiques — grosso modo, notre organisme détermine qui a besoin de savoir quoi, comment, où et quand.

Nous avons aussi une bonne expérience du sujet. Nous avons mené des travaux ciblés à l'échelon national, grâce à du financement fédéral de l'Agence de santé publique du Canada, en collaboration avec nos partenaires de Sport Canada, dans les domaines de l'éducation, de la santé et du gouvernement, et en consultation avec notre comité consultatif d'experts en commotions cérébrales formé de professionnels cliniques et de chercheurs reconnus à l'échelle internationale.

Voici nos recommandations qui peuvent éclairer les travaux du Sous-comité:

La première est l'adoption et la mise en place à l'échelle nationale d'outils et de lignes directrices en matière de pratiques exemplaires. Nous avons déjà réalisé d'excellentes avancées pour améliorer la sensibilisation aux commotions cérébrales, leur reconnaissance, leur prévention et leur gestion au Canada. Nous sommes dotés de solides documents de base à l'appui d'une approche nationale harmonisée et fondée sur la déclaration consensuelle internationale sur les commotions cérébrales dans le sport, comme nos Lignes directrices canadiennes sur les commotions cérébrales dans le sport et notre modèle harmonisé de protocole en cas de commotions cérébrales.

En plus d'être fondée sur des preuves, cette approche doit être exhaustive, elle doit insister sur la sensibilisation et la prévention avant le début de la saison, et elle doit être adoptée dans la culture d'une organisation sportive — c'est crucial. Depuis 2017, plus d'une quarantaine d'organisations sportives nationales ont adopté ces documents, ainsi qu'un certain nombre d'organismes provinciaux et d'écoles. Nul besoin de réinventer la roue, mais il nous faut le soutien collectif pour faire en sorte que tout le monde suive ces pratiques exemplaires fondées sur l'avis d'experts.

Deuxièmement, il y a la formation offerte aux médecins et aux professionnels de la santé — les professionnels de la santé ont besoin de recevoir de la formation sur les commotions cérébrales. Il est essentiel pour eux d'être au fait des recommandations les plus à jour en matière de pratique clinique, par exemple, l'évaluation adéquate et les conseils judicieux concernant le retour graduel aux activités. Parachute diffuse les renseignements les plus à jour et les plus éclairés par l'intermédiaire de l'outil de formation à la sensibilisation aux commotions cérébrales destiné aux professionnels de la santé, formation en ligne accréditée et gratuite qui veille à ce que l'information se retrouve entre les mains des experts. Les répercussions potentielles des commotions cérébrales qui n'auraient pas été diagnostiquées ou qui auraient été mal gérées font en sorte qu'une évaluation et une gestion adéquates soient essentielles.

Troisièmement, il y a l'éducation et la sensibilisation. Le public s'intéresse aux commotions cérébrales tout en étant confus à leur sujet. On continue de perpétuer des mythes et de craindre que chaque commotion cérébrale laisse des séquelles permanentes. Les jeunes et leurs parents ont besoin de renseignements à jour et crédibles assortis de mesures claires qu'ils peuvent prendre eux-mêmes.

Parachute a élaboré une série de fiches d'information sur les commotions cérébrales ainsi qu'une appli mobile appelée Concussion Ed en vue d'aider les familles à comprendre les signes et les symptômes, à repérer les signaux d'alarme qui requièrent une attention médicale d'urgence immédiate, et les étapes pour aider à gérer une commotion cérébrale. Il existe aussi des outils, comme les quatre caractéristiques d'une bonne clinique de commotion cérébrale fournies par la Collaboration canadienne pour les commotions cérébrales en vue d'aider les familles à évaluer l'endroit où des soins leur sont prodigués. Cette sensibilisation doit s'adresser à de nombreux publics. Elle doit être soutenue et continue, contenir des faits et des mesures pertinents, et s'assurer que les gens retiennent les renseignements.

Quatrièmement, il y a la recherche et l'évaluation. Les connaissances concernant les commotions cérébrales ont augmenté, mais il nous reste toujours bien des choses à apprendre, surtout en ce qui touche la prévention. Le Canada est un chef de file mondial dans le domaine des commotions cérébrales et il pourra le rester s'il rehausse l'investissement à long terme dans la recherche. Bon nombre des interventions actuellement mises en place ne sont pas assorties de plans d'évaluation dotés de ressources adéquates pour comprendre l'incidence, ou pas, des interventions et la meilleure façon de répondre aux besoins de divers publics.

Cinquièmement, il y a ce qui se trouve au-delà du sport. Bien qu'on se soit beaucoup attaché aux commotions cérébrales dans les sports et tous les groupes d'âge au Canada, la majorité de celles-ci sont le résultat de chutes, d'accidents de la route et d'accidents survenus dans la vie quotidienne. Les personnes qui subissent des commotions cérébrales dans des circonstances autres que sportives ont aussi besoin d'être guidées pendant leur rétablissement, mais elles pourraient ne pas recevoir d'attention en raison de l'importance accordée aux commotions cérébrales dans les sports. Nous devons nous pencher davantage sur les populations dont nous parlons rarement et celles qui vivent dans les collectivités rurales et du Nord pour veiller à ce qu'elles reçoivent, en temps opportun, des soins médicaux abordables et équitables de la part de fournisseurs de soins qualifiés.

Ces recommandations s'appliquent à la grandeur du pays dans chaque province et territoire. Il est très important de formuler des stratégies pour réduire la fragmentation entre les administrations qui ont réussi à élaborer des protocoles normalisés dans les organismes de sport et les écoles ainsi que des cheminements cliniques qui font en sorte que les patients bénéficient des normes les plus élevées de soins médicaux, et les administrations qui n'y sont pas arrivées.

• (1845)

Je crois et j'espère que ces renseignements seront utiles pour éclairer les recommandations finales du sous-comité.

Merci.

• (1850)

Le président: Merci, madame Fuselli.

Nous allons maintenant passer aux questions avec M. Darren Fisher, du Parti libéral.

M. Darren Fisher: Merci beaucoup.

Merci beaucoup, mesdames et messieurs, d'être ici.

Pamela, vous parliez si vite que j'ai gribouillé aussi rapidement que j'ai pu.

Mme Pamela Fuselli: Désolée.

M. Darren Fisher: C'est bon. Vous aviez des trésors de renseignements à donner en peu de temps.

Parlez-moi de ce pont. Vous dites que Parachute fait le pont entre les chercheurs et les décideurs. Comment cela fonctionne-t-il? Pouvez-vous nous donner un exemple de ce à quoi cela ressemble?

Mme Pamela Fuselli: La traduction du savoir est fondée sur des théories et des principes selon lesquels il faut demander qui a besoin de connaître l'information, et comment, quand et où il doit la recevoir. Un des rôles que nous jouons en tant que pont est de prendre la terminologie et les observations tirées des travaux de recherche qui ne sont pas accessibles à tous les publics et de les vulgariser ou d'élaborer des stratégies qui peuvent servir dans le contexte de divers publics, que ce soit pour éclairer une politique ou souligner, dans certains cas, des changements nécessaires dans une

industrie, ou des messages ou mesures clés à l'intention des parents. Ce n'est pas tout le monde qui lira les manuscrits publiés sur des travaux de recherche, alors notre travail — le mien en particulier — est de comprendre ce que la recherche nous dit, ce que les chefs de file au Canada et dans le monde entier disent concernant les commotions cérébrales, et de s'assurer que ces renseignements se traduisent par des mesures concrètes.

À titre d'exemple, Dr Zemek a parlé des changements concernant les niveaux d'activité. Nous voulons nous assurer que ces renseignements se retrouvent entre les mains des parents et des professionnels de la santé qui leur parlent. Une partie de notre rôle consiste à outiller un intermédiaire, qu'il s'agisse d'un professionnel de la santé ou d'un décideur, en ce qui concerne l'information qu'il communique aux personnes que nous essayons vraiment de toucher avec cette recherche.

M. Darren Fisher: Vous avez parlé de l'importance d'adopter des pratiques exemplaires. Je présume qu'il est question de pratiques exemplaires en matière de dépistage, de prévention et de traitement.

Je sais que je vais manquer de temps, mais vous avez mentionné les « commotions cérébrales mal gérées ». Peut-être que vous pouvez nous parler brièvement du succès en ce qui concerne l'adoption de pratiques exemplaires et nous expliquer à quoi ressemblerait une commotion cérébrale mal gérée?

Je m'en tiens au sport. J'ai été surpris et étonné de vous entendre dire que la plupart des commotions cérébrales n'étaient pas liées au sport. Je les ai toujours associées avec lui.

Mme Pamela Fuselli: Chez les jeunes, le sport est la principale cause des commotions cérébrales. Pour le reste d'entre nous, d'autres choses et d'autres facteurs entrent en ligne de compte. Nous observons une hausse des commotions cérébrales chez les aînés qui font des chutes, mais nous en parlerons à une autre occasion.

Pour ce qui concerne les commotions cérébrales mal gérées, je m'en remettrai peut-être au médecin. Cependant, en fait de pratiques exemplaires, il est ici question des mesures qui auront la meilleure incidence sur cette personne, les renseignements que nous avons concernant le niveau d'activité, la quantité de repos nécessaire, la quantité d'exposition ou de non-exposition à un écran, et la façon de reprendre les activités, mais pas des activités sportives particulières. Il faut s'assurer que les commotions cérébrales soient gérées de façon appropriée quand elles surviennent, c'est-à-dire qu'il faut employer les meilleurs renseignements dont nous disposons pour obtenir les meilleurs résultats afin que la majorité des personnes qui ont subi une commotion cérébrale s'en remettent sur une période de deux à quatre semaines, en fonction de leur âge, au lieu d'avoir des symptômes de commotion cérébrale à long terme.

M. Darren Fisher: Est-ce qu'on adopte bien ces pratiques exemplaires?

Mme Pamela Fuselli: Il est clair que cela s'améliore.

Pour ce qui est de l'évolution, ces cinq dernières années, du discours relatif aux commotions cérébrales, le Dr Zemek a parlé de l'augmentation du nombre de signalements de celles-ci. Cela ne veut pas dire qu'il y ait plus de commotions cérébrales, mais que les gens sont plus conscients du fait qu'une commotion cérébrale est un problème grave et qu'ils doivent consulter un médecin. Dans certains cas, cette augmentation est un signe positif pour nous, parce qu'elle indique que les renseignements sont communiqués aux bonnes personnes.

M. Darren Fisher: Vous avez dit que les jeunes et leurs parents devaient avoir accès à des renseignements de qualité, mais ils ne savent probablement pas grand-chose au sujet des commotions cérébrales jusqu'à ce qu'ils en aient une ou qu'ils en aient une seconde. Ils vont probablement directement sur Internet. Ils se mettent probablement à faire des recherches et à paniquer, en se demandant « Est-ce que c'est une commotion cérébrale? ».

Vous parlez de collaborer avec les professionnels de la santé. Comment pouvons-nous faire en sorte qu'un joueur de hockey dans la division Atome B à Dartmouth-Cole Harbour puisse obtenir des renseignements de qualité lorsque son premier réflexe est de se rendre sur Google et de rechercher « commotion cérébrale », ce qui le mènera à je ne sais quel site Web?

• (1855)

Mme Pamela Fuselli: Nous travaillons actuellement à la question des recherches sur Google — notez que je ne suis absolument pas une spécialiste — et à la façon de faire apparaître les renseignements les plus crédibles en premier dans les recherches sur ce moteur de recherche, pour que, s'ils se rendent sur Google, ils trouvent d'abord des renseignements crédibles et de qualité.

Je pense que notre approche doit être diversifiée. Malheureusement, il n'y a jamais de solution miracle. Je pense qu'il y a aussi un problème de temps. Nous avons appris, avec d'autres questions de santé publique, qu'il faut un certain temps avant que les renseignements atteignent tous les niveaux de la société dans notre pays, mais je pense qu'une approche concertée à long terme est la méthode la plus efficace. Nous devons travailler avec nos partenaires, comme les associations d'entraîneurs, les différents ONS, les organismes provinciaux, les écoles, les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les professionnels de la santé et, tout simplement, diffuser l'information.

L'un des rôles de Parachute est de communiquer avec les médias et la population dans son ensemble. Nous travaillons beaucoup sur les médias sociaux, sur différents canaux, pour diffuser ce message aux personnes qui les utilisent. Une publication sur Facebook est très différente d'un gazouillis, etc. Notre approche utilise de multiples canaux, elle comporte de nombreuses couches et elle est maintenue à long terme. Je pense que c'est ce qui compte avant tout. Il faut s'assurer que toutes les personnes concernées sont munies des renseignements les plus crédibles et les plus à jour pour pouvoir les diffuser au reste de la population.

M. Darren Fisher: Excellent. Je vous remercie.

Le président: Nous allons maintenant donner la parole aux conservateurs, avec M. Kitchen, qui aura sept minutes.

M. Robert Kitchen: Je vous remercie, monsieur le président.

Docteur Zemek et madame Fuselli, merci beaucoup d'être présents aujourd'hui. Nous vous en sommes reconnaissants.

Je vais parler un peu de ce qu'a dit M. Fisher au sujet de la réalité des régions rurales du Canada et de la façon de régler ce problème. Certains des meilleurs joueurs de hockey du Canada viennent de la Saskatchewan. C'est un des meilleurs joueurs; je le lui accorde. Ils sont bons tous les deux. Cela dit, c'est une discussion que nous pourrions avoir un autre jour.

Souvent, dans les régions rurales du Canada, les praticiens ne sont pas formés et n'ont pas les compétences nécessaires pour formuler un diagnostic et réaliser une évaluation. Le fait d'être diplômé d'un collège de chiropratique ou d'une école de médecine, ou d'avoir de l'expérience en physiothérapie et de porter le titre de « docteur » ou autre, ne signifie pas que l'on soit un expert dans ce domaine.

Nombre de ces professions ont des certifications qui reconnaissent ces compétences dans leur domaine, et elles les utilisent pour se réguler elles-mêmes.

Je pratique depuis 30 ans, et c'est toujours très difficile lorsque quelqu'un arrive et me dit: « J'ai une commotion cérébrale ». En tant que médecin, vous posez la question: « Avez-vous vraiment une commotion cérébrale? ». Vous leur demandez de décrire leurs symptômes. Ils vous disent qu'ils sont rentrés dans la bande et qu'ils ont donc une commotion cérébrale, mais personne ne leur demande comment ils l'ont fait. Lorsque vous dites: « Je suis tombé à la ligne bleue, j'ai glissé les pieds en avant, je suis rentré dans la bande et je me suis cogné la tête », cela ne signifie pas nécessairement que vous avez une commotion cérébrale. Vos symptômes sont très semblables à ceux d'une commotion cérébrale, mais il est plus probable que vous souffriez d'un coup de fouet cervical, et non d'une commotion cérébrale.

C'est un gros problème. Comment pouvons-nous aider les Canadiens des régions rurales où l'on ne possède pas ces compétences? Nous pourrions les avoir, mais ce n'est pas le cas. Que pouvons-nous faire pour que nos citoyens et notre population soient examinés correctement, qu'ils pratiquent le rugby, le hockey ou tout autre sport?

M. Roger Zemek: C'est une excellente question. Merci beaucoup. C'est une question que tous les diagnostiqueurs... C'est ce que je fais en médecine d'urgence. Je rencontre une personne qui n'a pas encore de diagnostic, elle me dit qu'elle a telle chose, et je dois trouver la réponse. C'est une situation que nous vivons tous les jours, pour toutes les maladies, y compris les commotions cérébrales.

Je vais répondre à votre question en deux temps: je vais parler d'abord de ce que nous pouvons faire aujourd'hui, et ensuite, des mesures que nous pourrions prendre pour l'avenir.

En ce qui concerne ce que nous pouvons faire aujourd'hui, encore une fois, voilà pourquoi il est essentiel d'avoir des directives de grande qualité fondées sur des données probantes qui peuvent être remises aux personnes qui doivent faire ce travail. Les directives issues de Berlin, celles de Parachute et celles sur les commotions cérébrales pédiatriques de la Fondation ontarienne de neurotraumatologie contiennent toutes des sections sur la façon d'établir un diagnostic. Comme les témoins précédents l'ont mentionné, les divers intervenants ont des rôles différents à jouer: le rôle de certains est de soupçonner qu'il y a une commotion cérébrale, tandis que d'autres doivent poser un diagnostic.

Dans certains cas, la commotion cérébrale est certaine et évidente. Des témoins confirment que la personne a perdu connaissance. Le cerveau a certainement été touché.

Or, qu'en est-il de l'enfant de deux ou trois ans qui patine pour la première fois, qui tombe, qui se cogne la tête et qui a une bosse? Je le vois souvent, moi qui suis pédiatre. Nous savons que l'enfant s'est frappé la tête, mais l'impact a-t-il touché le cerveau? Nos outils ne fonctionnent pas nécessairement pour ce groupe d'âge. L'enfant n'a peut-être pas les compétences requises pour communiquer. C'est la même chose chez les personnes âgées.

Je sais que l'objectif aujourd'hui est de se concentrer sur les sports, mais il arrive certainement... Vous regardez sûrement des activités sportives à la télévision. Il y a une collision et un joueur tombe. Vous avez vu qu'il s'est cogné la tête, mais l'impact a-t-il frappé le cerveau? C'est ce qui cause une commotion cérébrale. Le traumatisme doit toucher le cerveau. Parfois, il ne s'agit pas d'un coup à la tête; la collision peut frapper une autre partie du corps, et l'énergie peut être transmise par le mouvement de bascule.

Tous ces facteurs peuvent être pris en considération pour diagnostiquer les cas certains, les cas possibles et les cas probables, mais faute de meilleures données pour nous aider à les différencier, les commotions cérébrales sont toutes gérées de la même façon. On agit avec prudence, dans le but de prévenir et de s'abstenir de nuire... Il ne faut pas que la personne reprenne une activité où elle risque de se blesser à nouveau. D'après moi, qu'il s'agisse d'un cas possible ou d'un cas certain de commotion cérébrale, le plus important, c'est de veiller à ce que la personne ne participe pas à une activité qui comporte un risque avant que le cerveau ait eu le temps de guérir. L'objectif est de prévenir une issue tragique comme dans le cas de Rowan Stringer, dont on a parlé plus tôt. C'est le premier élément de la gestion.

En ce qui concerne l'approfondissement et la précision des diagnostics, je le répète, il existe des outils relatifs aux commotions cérébrales, comme l'outil de formation sur la sensibilisation aux commotions cérébrales qui a été mentionné tout à l'heure. Les fournisseurs ont accès à des directives. Nous devons faire en sorte que tous ces outils soient inclus dans les activités régulières de maintien de la certification.

La deuxième partie de ma réponse, rapidement, c'est que nous n'avons toujours pas trouvé de biomarqueur objectif. Il n'existe pas de test sanguin, de test salivaire, de test d'imagerie ou même de test évaluant l'équilibre, la taille des pupilles et la poursuite visuelle. Aucun test ne permet à lui seul de diagnostiquer objectivement une commotion cérébrale.

Nombreux sont ceux qui veulent à tout prix un tel test, surtout à l'extérieur du domaine du sport; les forces armées, par exemple. Après avoir été projetée par une explosion, une personne présente des symptômes. Souffre-t-elle d'une commotion cérébrale ou du TSPT? Les symptômes sont très semblables. Une commotion cérébrale peut avoir les mêmes effets. Aussi, un enfant ayant subi une grave collision et une sévère commotion cérébrale peut éprouver des symptômes pendant des semaines, voire des mois. Lesquels sont dus à la commotion cérébrale et lesquels représentent d'autres types de séquelles liées à une blessure?

Il faut effectuer d'autres recherches pour trouver les biomarqueurs objectifs. Je sais que de nombreux groupes partout dans le monde tentent de mettre au point un test sanguin, un test d'imagerie ou tout autre type de mesure validée permettant de distinguer les deux catégories de manière exacte. Les scientifiques ont encore du travail à faire sur ce plan.

● (1900)

Le président: Merci.

Je donne maintenant la parole à Mme Hardcastle, du NPD.

Mme Cheryl Hardcastle: Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci beaucoup à vous deux pour vos témoignages très éloquentes.

Je vais m'adresser d'abord à vous, monsieur Zemek. Vous avez sans doute eu l'occasion de lire une partie des autres témoignages.

Durant le congé de Noël, j'ai appris qu'un coureur automobile nommé Dale Earnhardt Jr. avait publié à l'automne un livre intitulé *Racing to the Finish*, dans lequel il parle précisément du fait qu'il n'a pas subi une commotion cérébrale typique, mais que son cerveau était, en quelque sorte, ébranlé. Ce livre, son plus récent, porte sur la santé mentale.

Nous avons reçu des témoignages au sujet des écarts dans les traitements sur les plans de la santé physique et de la santé mentale. Pouvez-vous nous parler de ce qui pourrait être considéré comme

des forces, des faiblesses et des possibilités? Aussi, sur quoi pourrions-nous centrer notre rôle et nos recommandations?

● (1905)

M. Roger Zemek: Merci encore une fois. Il est primordial de reconnaître les implications des commotions cérébrales sur la santé mentale, surtout à l'occasion de la journée Cause pour la cause. Ces implications sont une réalité, et nous continuons à les étudier afin de mieux les comprendre.

À mon avis, il faut faire très attention à la façon dont nous employons le terme « cause ». À ce point-ci, nous devons plutôt parler de liens, car nous ignorons encore ce qui vient en premier. Les personnes prédisposées aux problèmes de santé mentale, comme l'anxiété, la dépression ou d'autres troubles connexes, ou qui auraient souffert de problèmes de santé mentale plus tard dans leur vie ont-elles davantage tendance à présenter des symptômes persistants de troubles mentaux après avoir subi une blessure? Des recherches montrent qu'il y a peut-être des liens, pas par rapport à leurs symptômes physiques, mais par rapport à leurs symptômes persistants de troubles mentaux. La commotion cérébrale vient-elle déclencher ou exposer quelque chose? En effet, l'exposition à différentes choses peut modifier l'ADN. C'est ce qui cause de nombreuses maladies. La blessure a-t-elle modifié le cerveau d'une façon quelconque, sur le plan de l'ADN, de la circulation sanguine ou autre? Nous devons continuer à faire des recherches à ce sujet. Il y a là une possibilité.

Avez-vous une question complémentaire?

Mme Cheryl Hardcastle: J'aimerais simplement préciser ma question et vous demander une réponse un peu plus pratique relativement à la situation actuelle. Nous avons entendu un témoignage au sujet d'un patient qui cherchait un traitement pour soulager des symptômes physiques et mentaux qui étaient peut-être liés ou non. Les traitements offerts en pédiatrie diffèrent de ceux qui sont utilisés pour soigner les patients une fois qu'ils atteignent un certain âge.

Je me demandais si vous pouviez nous fournir de l'information concernant les aspects pratiques sur lesquels nous pourrions nous concentrer pour l'avenir.

M. Roger Zemek: Puisque mon domaine d'expertise est la pédiatrie, je ne peux pas vraiment parler des traitements utilisés pour soigner les patients adultes. Cependant, ce que je peux vous dire, en ma qualité de scientifique, c'est que nous en avons encore beaucoup à apprendre sur la science même. Je vais répondre à votre question du point de vue scientifique. Sur le plan scientifique, nous ne savons toujours pas quel est le temps réel de guérison physique. Cette information nous aiderait énormément à traiter les patients souffrant d'une commotion cérébrale. Si nous avons une meilleure compréhension des commotions, nous pourrions déclarer objectivement: « Oui, votre commotion cérébrale est guérie; maintenant, il ne reste que l'autre processus. » Ou nous pourrions voir que les modifications du cerveau causées par la commotion cérébrale sont toujours présentes après trois mois, six mois ou un an, ce qui pourrait nous aider à déterminer s'il faut un traitement différent.

En ce moment, il n'existe aucune preuve que les problèmes de santé mentale persistants d'un enfant ayant subi une commotion cérébrale, qu'il s'agisse d'anxiété ou de dépression, devraient être traités différemment de ceux d'un enfant n'ayant pas subi de commotion cérébrale. À l'heure actuelle, les médicaments et les traitements sont les mêmes. L'important, c'est de reconnaître l'état de l'enfant et d'admettre que les commotions cérébrales augmentent peut-être les risques.

Mme Cheryl Hardcastle: Nous savons qu'il y a encore beaucoup de recherche à faire. Vous avez aussi entendu, durant les témoignages précédents, qu'il faut également se pencher sur la collecte de données. À votre avis, y a-t-il des possibilités sur ce plan que nous devrions examiner attentivement? Quel rôle le gouvernement fédéral pourrait-il jouer et comment?

Je demanderais à Mme Fuselli de répondre en premier.

Mme Pamela Fuselli: Je pense que c'est une difficulté qui touche l'ensemble des problèmes liés aux blessures, mais c'est sûr qu'en ce qui concerne les commotions cérébrales et la façon dont les données sont recueillies, nous ne voyons que la pointe de l'iceberg. Le groupe de travail FPT a beaucoup parlé des systèmes déjà en place qui pourraient être utilisés pour collecter les données existantes. Quelles données les organismes de sport recueillent-ils et comment pouvons-nous y avoir accès? Quels sont les obstacles et quelles sont les possibilités de collaboration?

Tous ont le même problème. Je pense qu'aucun pays n'a trouvé de façon d'obtenir des données claires sur le nombre de commotions cérébrales, sur leur sévérité et, comme M. Zemek l'a dit, sur le temps de guérison. Ces informations nous permettraient de saisir le poids réel des commotions cérébrales au Canada. Selon moi, il s'agit là d'un élément essentiel de la recherche et de l'évaluation qui nous manque pour bien comprendre les données.

Maintenant, les données vont nous dire une chose: le nombre de cas. Pour pouvoir faire de la prévention, nous avons aussi besoin d'informations contextuelles qui nous permettent de comprendre les circonstances entourant la blessure. Avec ces informations, nous pouvons orienter les stratégies de prévention, de façon à éviter de chercher des solutions à des problèmes non existants.

Je recommanderais qu'on recueille à la fois les données relatives aux nombres et les informations contextuelles, afin que nous comprenions quelles solutions devraient être mises en place.

• (1910)

Le président: Merci.

Je donne maintenant la parole à Mme Fortier, du Parti libéral.

[Français]

Mme Mona Fortier: Merci beaucoup, monsieur le président.

Monsieur Zemek et madame Fuselli, j'apprécie beaucoup la question de Mme Hardcastle, dont je reprends les préoccupations. Je vais donc vous permettre de continuer à nous guider quant au rôle que pourrait exercer le gouvernement fédéral en matière d'analyse ou aux recommandations et autres éléments que le Sous-comité pourrait étudier.

[Traduction]

M. Roger Zemek: Merci pour la question.

En ce qui concerne la façon d'améliorer les mesures, je trouve très important de trouver une manière de mieux relier l'ensemble des provinces et des territoires. Lorsque les gens me posent des questions sur la fréquence des commotions cérébrales au Canada, je dois donner des réponses individuelles pour chacune des provinces. Je suis jaloux des pays comme l'Australie qui ont un numéro d'assurance nationale, et où toutes les factures et les informations relatives aux visites aux services de santé sont enregistrées à l'échelle nationale, alors qu'ici, nous avons des numéros de l'Assurance-santé de l'Ontario, de la Régie de l'assurance maladie du Québec, etc.

Les scientifiques comme moi ne savent pas s'il y a des différences entre les provinces et les territoires. Si j'avais une baguette magique, c'est certainement une des choses que je ferais. Comme Pam l'a dit,

ce serait formidable de disposer de moyens de détecter les différences. Un de nos panellistes a de nombreuses années d'expérience dans le domaine de la chiropraxie. Les scientifiques n'ont pas accès à l'information concernant les visites chez les chiropraticiens, ou encore chez les physiothérapeutes, les ergothérapeutes ou les thérapeutes en sport, qui jouent aussi un rôle très important dans les soins interdisciplinaires que nous fournissons. Ces chiffres ne sont pas suivis parce qu'ils ne font pas partie d'un relevé de facturation provincial. Voilà une autre chose que je ferais si j'avais une baguette magique: je tenterais de trouver une façon de repérer systématiquement les personnes qui ne se présentent pas d'abord au service d'urgence ou qui ne consultent pas leur médecin de famille.

Les autres questions qui pourraient faire l'objet d'études sont très nombreuses. La priorité, pour moi qui suis une personne pragmatique et un urgentologue, ce serait de réaliser des études dans le but de déterminer quel est le meilleur traitement. Nous n'avons toujours pas de traitement pour les commotions cérébrales. Quels traitements pharmacologiques et non pharmacologiques sont prometteurs? Autrement dit, quels médicaments pouvons-nous utiliser pour soigner les troubles de santé mentale, les maux de tête et les étourdissements, mais aussi quels sont les traitements non pharmacologiques?

Nous avons parlé plus tôt des soins qui ne fonctionnent peut-être pas. On se croirait parfois au Far West: des charlatans proposent des mesures prétendument thérapeutiques non fondées sur des données probantes, comme des lasers ou des chambres à oxygène hyperbares, et ils soutirent de l'argent à des personnes désespérées. Nous avons appris que beaucoup de gens seraient prêts à tout pour guérir. S'ils pensent qu'il y a la moindre possibilité qu'un traitement fonctionne, ils sont prêts à payer ce qui équivaut à un remède de charlatan.

Ce serait formidable d'avoir des preuves de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas. Ainsi, les gens n'utiliseraient pas leur argent durement gagné pour payer des traitements qui n'aideront pas leur enfant à guérir. Cela leur permettrait également de se concentrer sur les mesures thérapeutiques qui fonctionnent et de reconnaître qu'il y a d'autres moyens que les médicaments pour favoriser la guérison complète, comme la physiothérapie, les soins de santé mentale, etc.

• (1915)

[Français]

Mme Mona Fortier: Merci, monsieur Zemek.

Madame Fuselli, voulez-vous rajouter quelque chose?

[Traduction]

Mme Pamela Fuselli: J'ajouterai seulement que les cliniques qui sont très efficaces ont cette approche multidisciplinaire, comme M. Zemek l'a indiqué. Existe-t-il des modèles fonctionnels fondés sur une approche ou un cadre multidisciplinaire, qui peuvent être reproduits, que ce soit en ayant des installations dans la même région et le même espace, un endroit auquel les patients auront accès? Je pense que c'est une des pratiques prometteuses que l'on voit dans deux ou trois régions, notamment Concussion North, à Barrie, et le programme spécialisé en commotions cérébrales de la clinique Pan Am, à Winnipeg.

Il s'agirait d'examiner ce genre de choses, mais aussi d'aborder les commotions cérébrales de manière holistique. Lorsqu'une personne a une commotion cérébrale, la façon dont c'est arrivé importe peu; qu'elle ait été subie pendant une activité sportive ou ailleurs, il n'y a aucune différence dans le traitement et la reprise des activités quotidiennes, y compris le sport. Je préconise la mise en place d'un protocole pour toutes les commotions. Quelle approche devons-nous adopter pour éviter de laisser en plan les personnes qui ont subi une commotion autrement qu'en faisant du sport, mais qui veulent recommencer à pratiquer un sport, pour qu'ils aient accès à des renseignements médicaux et des soins? D'après ce qu'on entend, ces gens ne pensent pas pouvoir obtenir des soins ou être admis comme patients dans les cliniques de médecine sportive spécialisées en commotions cérébrales parce que ces cliniques sont seulement axées sur le sport.

[Français]

Mme Mona Fortier: Madame Fuselli, vous avez mentionné plus tôt le Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes en lien avec l'idée d'orienter les initiatives en fonction des lignes directrices. Savez-vous si les provinces et les territoires sont en train de donner suite à cette recommandation?

[Traduction]

Mme Pamela Fuselli: Parlez-vous de l'adoption des lignes directrices et des protocoles?

[Français]

Mme Mona Fortier: Oui.

[Traduction]

Mme Pamela Fuselli: Cela se fait dans certains cas. Sport Manitoba a exigé que toutes les organisations sportives provinciales établissent, pour les commotions, une stratégie et un protocole fondés sur les lignes directrices et le modèle de protocole que nous avons créé au niveau national. Même si nous travaillions avec les ONS à l'échelle nationale, l'un de nos objectifs était de créer des outils qui pourraient être utilisés à tous les niveaux de sport. Le Manitoba a emboîté le pas et l'Ontario est en voie de le faire. La province a lancé un processus d'appel d'offres pour la création de ressources et tous les soumissionnaires sont tenus de respecter les lignes directrices fournies en annexe. On voit de l'intérêt.

[Français]

Mme Mona Fortier: D'accord.

Je vous remercie.

[Traduction]

Le président: Merci.

Nous passons aux conservateurs.

Monsieur Kitchen, la parole est à vous.

M. Robert Kitchen: Merci.

Merci de vos commentaires. Je conviens que dans un monde idéal, les soins de santé seraient liés à un... Et particulièrement dans le sport. Nous avons entendu des entraîneurs et par rapport à certains sports... Cela pourrait faire l'objet d'un suivi. Par exemple, il arrive qu'un joueur de rugby subisse une blessure à la tête, puis joue au hockey pendant l'hiver, et il n'y a aucun suivi. Même lorsque les organisations sportives posent la question au moment de l'inscription, ce n'est qu'une formalité, neuf fois sur dix. Le document est classé quelque part.

Je ne m'y connais pas trop en collecte de données ou en ordinateurs, mais je suis conscient que certains ont des compétences pour trouver une solution.

Madame Fuselli, je crois savoir que Parachute Canada a une application. Corrigez-moi si je me trompe, mais d'après ce que je comprends, c'est plus un outil pédagogique qu'une application de suivi.

Mme Pamela Fuselli: L'application a été spécifiquement conçue pour être ce qu'on appelle une application « sur le pouce », qui permet aux gens d'avoir accès à des capsules d'information courtes et précises sur un appareil mobile, lorsqu'ils en ont besoin. L'idée n'est pas de faire un suivi des blessures, parce que nous ne sommes pas spécialisés dans le suivi médical ou les données de ce genre. De plus, nous ne voulions pas avoir à héberger et à protéger des renseignements personnels. L'idée était de concevoir une application mobile permettant d'avoir accès aux renseignements au besoin. Il s'agit d'informations pertinentes sur la prévention, les signes avant-coureurs et les symptômes, les signaux d'alarme et les situations qui nécessitent des soins médicaux urgents. Elle peut être utilisée par les entraîneurs, les parents et les éducateurs.

Il y a une fonction « calendrier ». Un parent peut évaluer l'évolution des symptômes de commotion au jour le jour, selon une échelle ou une fourchette. Le parent peut alors indiquer au médecin ou au professionnel de la santé qu'un aspect s'améliore ou qu'un nouveau symptôme est apparu il y a quatre jours. C'est plutôt un outil de calendrier qu'un outil de suivi.

● (1920)

M. Robert Kitchen: J'accorde une grande importance à l'éducation. Je pense que plus nous sensibilisons les parents, les entraîneurs et les formateurs pour qu'ils soient au courant... Le risque, comme certains praticiens l'ont constaté, c'est qu'une personne frappe à votre porte pour vous dire qu'elle est allée sur Internet, qu'elle a vu quelque chose, et qu'elle affirme avoir un symptôme parce qu'elle l'a vu sur Internet ou parce que son voisin avait la même chose. Souvent, que votre voisin soit atteint de quelque chose ne signifie pas nécessairement que vous l'avez aussi.

Cela dit, monsieur Zemek, je suis vraiment ravi que vous ayez parlé des blessures. Je crois que vous avez dit que 25 % des commotions ne sont pas liés au sport. Il est bien de le savoir, car nous devons reconnaître que cela touche aussi la population générale. Je vais prendre ma femme en exemple. Nous sommes allés à un entraînement avec nos enfants; elle a trébuché sur la ligne bleue et s'est frappé la tête. Elle ne portait pas de casque. Malheureusement, voyez-vous, elle a subi une commotion, et cela a eu d'importantes répercussions pour elle pendant au moins trois ou quatre mois.

Voilà les grands défis que nous devons relever. Vous avez dit que la bonne nouvelle, c'est que les gens se rétablissent. Si je me souviens bien, vous avez parlé de trois mois, environ. Quelle est la proportion de gens pour lesquels il faut plus de trois mois?

M. Roger Zemek: Je suis spécialisé en pédiatrie. Je limiterai donc mes commentaires à la pédiatrie, car je ne suis pas aussi au fait de la littérature concernant les adultes.

Récemment, nous avons publié une étude sur le processus naturel de guérison des commotions dans *JAMA Pediatrics*. Nous avons fait appel à la même cohorte d'enfants, ceux que nous avions vus quelques heures après leur blessure. La bonne nouvelle, c'est que la plupart des enfants, selon leur âge — il y a deux facteurs, l'âge et le sexe —, se rétablissent dans les deux premières semaines suivant la commotion, à l'exception des adolescentes, qui se rétablissent en quatre semaines, environ. Donc, la majeure partie de la guérison se fait en quatre semaines. Malheureusement, au-delà de cela, il semble qu'on atteigne un plateau. Nous savons que le tiers ou 30 % des enfants présentent toujours des symptômes après un mois. Quelque 20 % des personnes sont toujours symptomatiques après trois mois.

La courbe de guérison, même si elle descend rapidement dans la première semaine ou la deuxième semaine, selon l'âge, notamment, a tendance à s'aplanir au fil du temps. C'est pour cette étape que nous devons trouver de meilleures solutions pour leur offrir un meilleur traitement. Encore une fois, cela nécessite-t-il une intervention interdisciplinaire? Est-ce lié à leurs symptômes? Peut-on trouver une meilleure façon de détecter ce que nous traitons?

Le président: Merci.

Notre dernier intervenant est M. Eyolfson, du Parti libéral, pour cinq minutes.

M. Doug Eyolfson: Merci beaucoup.

Je vous remercie tous les deux d'être venus.

Docteur Zemek, j'aimais entendre votre point de vue. Vous étiez ici lorsque j'étais à mes débuts. J'ai passé une bonne partie de ma carrière dans un hôpital communautaire pour enfants et adultes. Pendant les huit dernières années, j'étais dans un hôpital universitaire qui accueillait uniquement des adultes.

Vous avez soulevé un bon point concernant le nombre de commotions non liées au sport. J'admets que dans notre pratique, on pensait immédiatement aux sports lorsqu'il était question de commotions cérébrales. Nous étions au centre-ville; on voyait toutes sortes de traumatismes contondants résultant d'agressions. Lorsque nous traitons une personne qui s'était fait voler son portefeuille, il ne nous venait pas à l'esprit qu'elle puisse avoir une commotion. C'est un bon point, et je pense qu'il faut améliorer la formation médicale pour que ces cas soient dépistés.

Vous m'avez aussi déçu — pas personnellement —, lorsque vous avez dit que l'imagerie diagnostique n'a rien de magique. J'espérais vous entendre dire qu'il existe maintenant une solution magique qui nous permettrait de déceler les commotions avec certitude, mais cela n'existe pas encore et nous échappe toujours.

Une des choses qu'il faut retenir concernant l'imagerie — et qu'on commence maintenant à découvrir —, c'est que nous savons qu'elle n'est pas utile, dans bien des cas, mais nous savons aussi qu'au début, nous avons souvent recours à la tomодensitométrie et nous ne pensions pas que c'était nuisible. Ce n'est que dans des études ultérieures sur les radiations que cela avait probablement un effet. Trente ans plus tard, beaucoup de cliniciens s'inquiètent des répercussions que pourraient avoir les tomодensitogrammes effectués il y a 30 ans. Avez-vous fait un suivi des données relatives aux commotions chez ceux qui ont subi des tomодensitogrammes inutilement au fil du temps, et avez-vous constaté des tendances vers une utilisation plus responsable, plus conservatrice?

• (1925)

M. Roger Zemek: C'est une question tellement importante, car encore une fois, comme vous l'avez indiqué plus tôt, nous ne voulons pas causer de blessures.

M. Doug Eyolfson: Exactement.

M. Roger Zemek: Nous savons que les radiations peuvent accroître le risque de blessure ou d'affection maligne et que dans un cerveau en croissance, elles peuvent même avoir une incidence sur le quotient intellectuel. La bonne nouvelle, au Canada, comparativement à nos voisins du sud, nous réussissons très bien à réduire le nombre de tomодensitogrammes inutiles en raison du type de médecine qu'on pratique ici, du risque réduit de poursuites et d'un recours moins fréquent à la médecine défensive.

Des études démontrent que le nombre de tomодensitogrammes effectués a diminué considérablement, au point où, dans notre étude, le taux était d'environ 1 % seulement, ce qui est un taux extrêmement bas. Certains examens sont certainement indiqués. En ce qui concerne l'imagerie par tomодensitométrie, qui nécessite l'utilisation de ces radiations problématiques, on peut affirmer que nous avons fait des progrès considérables. Nous abordons la question dans nos lignes directrices exhaustives sur les commotions cérébrales, qui comprennent des recommandations sur les circonstances dans lesquelles un tomодensitogramme doit être effectué ou non.

L'IRM est une forme d'imagerie différente, sans radiation. On utilise plutôt des aimants; il n'y a donc aucun risque lié aux effets des rayons X ou des radiations. Malheureusement, les tests d'IRM ne permettent pas de déceler l'évolution normale des commotions. Il faut savoir qu'il existe maintenant des protocoles expérimentaux. Pour ne rien cacher, sachez que je participe à certaines recherches sur le sujet. Sans trop m'attarder aux détails techniques, certains appareils d'IRM permettent de suivre les déplacements de l'eau dans le cerveau, etc. Les acronymes comme MSA, ITD et une multitude d'autres renvoient tous à des procédés que nous utilisons pour mieux suivre les changements qui se produisent dans le cerveau dans les cas de commotion cérébrale.

Nous faisons aussi des comparaisons avec des enfants normaux ou des enfants qui ont subi d'autres types de blessures, comme des blessures à la cheville, etc. Certaines méthodes fondées sur ces techniques avancées s'annoncent prometteuses, mais elles sont expérimentales. Supposons que vous vous présentiez à votre hôpital communautaire demain et que vous dites: « Je veux ce test d'imagerie. » Premièrement, le code pour programmer l'ordinateur à cette fin n'aura pas été écrit. Deuxièmement, il n'y aura aucun radiologue ayant les compétences nécessaires pour interpréter les résultats, puisque ce n'est pas encore un test clinique. Ce sera fait par un neuroscientifique qui aura étudié ces questions.

J'espère qu'à terme, nous aurons l'occasion d'utiliser l'imagerie sans avoir à entrer dans un scanner. Je parle de l'IRM avancée ou d'autres techniques plus novatrices, comme l'ISPIF — l'imagerie spectroscopique proche infrarouge fonctionnelle —, de petits capteurs qui mesurent la lumière infrarouge. Existe-t-il d'autres méthodes que nous pouvons utiliser pour mieux déceler les changements qui se produisent dans le cerveau et qu'on ne peut voir ou vérifier lors d'un examen physique?

M. Doug Eyolfson: Merci beaucoup.

Le président: Docteur Zemek, du CHEO, et madame Fuselli, de Parachute Canada, je vous remercie de vos observations et d'avoir contribué à informer le Comité et nos analystes, qui rédigeront un rapport qui sera publié au printemps.

J'aimerais aussi ajouter, pour ceux qui suivent ces délibérations en ligne ou à la télévision, que diverses organisations sportives ont participé à notre étude et sont venues témoigner. Cependant, beaucoup d'autres pourraient souhaiter présenter des observations. Vous pouvez le faire par l'intermédiaire de notre portail Web. Vous

avez la possibilité de présenter un mémoire au Comité, ce qui nous aidera à préparer notre rapport.

Merci à tous.

C'est là-dessus que se termine la réunion d'aujourd'hui.

La séance est levée.

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante : <http://www.noscommunes.ca>

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its Committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its Committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the following address: <http://www.ourcommons.ca>