



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 007 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 26 février 2019

—
Président

M. Peter Fonseca

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

Le mardi 26 février 2019

• (1735)

[Traduction]

Le président (M. Peter Fonseca (Mississauga-Est—Cooksville, Lib.)): La séance est ouverte. Je suis heureux que vous soyez tous présents. Nous sommes le Sous-comité sur les commotions cérébrales liées aux sports au Canada du Comité permanent de la santé.

Nous n'avons pas beaucoup de temps aujourd'hui, parce que nous devons peut-être aller voter à la Chambre. Nous avons demandé aux membres s'ils étaient d'accord de s'y rendre tous ensemble cinq minutes avant le vote. Cela nous permettra de consacrer le plus de temps possible à nos témoins.

Nous accueillons aujourd'hui Mme Kathryn Schneider, professeure adjointe, Integrated Concussion Research Program, University of Calgary et M. Cameron Marshall, fondateur et président de Complete Concussion Management Inc.

Je vous souhaite à tous deux la bienvenue. Nous vous remercions d'être venus.

Madame Schneider, vous aurez le temps de nous présenter votre allocution et ensuite, nous entendrons M. Marshall. Après cela, nous passerons tout de suite aux questions des députés.

Mme Kathryn Schneider (professeure adjointe, Integrated Concussion Research Program, University of Calgary, à titre personnel): Je vous remercie beaucoup de m'avoir invitée à comparaître devant le Comité aujourd'hui au nom du programme intégré de recherche sur les commotions cérébrales, ou ICRP, que nous menons à la University of Calgary.

La commotion cérébrale est l'une des blessures que les enfants, les adolescents et les jeunes adultes subissent le plus couramment. On estime qu'au Canada, on en soigne environ 250 000 chaque année. La majorité des patients s'en remettent pendant les jours ou les semaines qui suivent l'incident, près de 30 % d'entre eux en ressentent les symptômes ou éprouvent des difficultés fonctionnelles pendant plus d'un mois.

La commotion restreint souvent la participation aux sports et aux activités de loisir, accroît les risques de surpoids et d'obésité et peut même augmenter le risque de développer une maladie chronique. D'un autre côté, nous savons bien que le fait de rester physiquement actif tout au long de la vie présente de nombreux avantages. En fait, notre programme vise à réduire à un minimum les effets de la commotion cérébrale sur la santé publique pendant toute la vie des gens en appliquant des découvertes scientifiques ainsi que des pratiques et des politiques fondées sur des données probantes.

Le programme ICRP est une initiative de la University of Calgary à laquelle collaborent des experts en kinésiologie et en arts ainsi que

la Cumming School of Medicine, avec le soutien de l'Alberta Children's Hospital Research Institute et du Hotchkiss Brain Institute. La commotion cérébrale est une blessure hétérogène qui exige une approche interdisciplinaire. Par exemple, de nombreux chercheurs et cliniciens experts en diverses disciplines collaborent avec notre équipe. Bon nombre de nos chercheurs sont également cliniciens et coopèrent pour répondre à des questions critiques. Cette collaboration crée un milieu très particulier et produit des travaux de recherche et à des essais cliniques révolutionnaires.

Les succès et les résultats de la recherche menée à la University of Calgary témoignent également de la solidité et du maintien de nos partenariats cliniques, communautaires, industriels, éducatifs et sportifs, de notre collaboration nationale et internationale ainsi que de nos solides programmes de formation et d'éducation des prochains chercheurs en commotion cérébrale. Le programme ICRP étudie les commotions cérébrales qui résultent de tout le spectre des blessures et pose des questions de recherche critiques liées à la prévention, au diagnostic, au pronostic, au mécanisme des blessures et à la réadaptation. Je vais vous faire part de quelques points saillants de ce programme.

En ce qui concerne la prévention, nous cherchons avant tout à éviter les commotions cérébrales, ce qui allégera le fardeau de la santé publique. Ma collègue, la Dre Carolyn Emery, directrice du centre de recherche pour la prévention des blessures sportives de la University of Calgary, mène depuis plus de 10 ans de la recherche pour prévenir les commotions cérébrales. Elle travaille en partenariat avec la communauté du hockey, dont Hockey Canada, Hockey Calgary, B.C. Hockey et autres.

Grâce aux résultats de ses travaux, la politique nationale sur la mise en échec a été modifiée en 2013. Depuis que cette politique interdit les mises en échec dans la catégorie peewee, c'est-à-dire chez les joueurs de 11 à 12 ans, l'incidence des commotions cérébrales a diminué de 70 %. Cela se traduit par 580 commotions de moins en Alberta et par 4 800 commotions de moins dans tout le Canada chez les jeunes de 11 et 12 ans seulement. La Dre Emery est également l'auteure principale d'une évaluation systématique de la prévention des commotions cérébrales qui a éclairé la cinquième Déclaration de consensus international sur les commotions cérébrales dans le sport.

À cette cinquième conférence sur la Déclaration de consensus international, nous avons aussi présenté des résultats de recherche qui ont contribué à faire modifier des politiques sur le volleyball. L'un de mes étudiants, Derek Meeuwisse, a effectué avec Volleyball Canada une étude dont les résultats indiquent que 15 % des commotions cérébrales surviennent pendant la période de réchauffement, quand les joueurs courent sous le filet pour attraper le ballon. Volleyball Alberta ne permet plus aux joueurs de courir sous le filet. L'année dernière, Volleyball Canada a imposé cette même règle aux championnats nationaux jeunesse, qui constituent la plus grande compétition sportive pour les jeunes et auxquels participent plus de 10 000 athlètes. Cette règle s'appliquera de nouveau cette année.

La Dre Emery est maintenant chercheuse principale dans le cadre d'un programme pancanadien financé par le Conseil consultatif scientifique de Ligue nationale de football. Il s'agit d'une collaboration de 17 chercheurs du programme de l'ICRP de la University of Calgary avec 25 chercheurs de neuf autres universités canadiennes ainsi qu'avec des organismes sportifs, des éducateurs et des équipes cliniques multidisciplinaires. Ce programme de recherche, intitulé *SHRed Concussions*, vise à accroître la surveillance des écoles secondaires pour réduire l'incidence des commotions cérébrales et leurs conséquences. Ce programme de recherche pancanadien surveillera pendant trois ans 6 000 élèves qui participent à des sports à grand risque de commotions cérébrales dans 60 écoles secondaires situées dans cinq provinces canadiennes. Il vise la prévention, la détection, le diagnostic, le pronostic et la gestion des commotions cérébrales que subissent les jeunes sportifs.

• (1740)

Quant au diagnostic, les chercheurs de la University of Calgary évaluent de nouveaux outils servant à diagnostiquer les commotions cérébrales, dont la toute nouvelle neuro-imagerie, la robotique et les biomarqueurs dans les fluides.

Pour le pronostic, une équipe multidisciplinaire de chercheurs s'efforce de cerner les facteurs qui pourraient prédire que le rétablissement d'enfants atteints de commotion cérébrale risque de se prolonger, ce qui éclairera le choix de traitements visant à atténuer les conséquences des commotions. Le Dr Yeates dirige ce programme d'étude ACAP.

Quant au mécanisme, un grand nombre de modèles animaux et humains novateurs expliquent les mécanismes de la commotion cérébrale et du rétablissement des blessés.

En ce qui concerne le rétablissement, notre groupe cherche à définir et à optimiser la gestion des commotions. Les résultats de certaines études que j'ai dirigées ont indiqué que les ados et les jeunes adultes chez lesquels on traitait en même temps la nuque et les systèmes d'équilibre obtenaient la permission médicale de retourner à leur sport au bout de huit semaines, alors que les blessés qui ne recevaient pas de traitement n'y parvenaient pas.

Nous évaluons également les effets de l'activité physique et des thérapies du sommeil sur le rétablissement d'une commotion cérébrale. Nous menons aussi des études sur différentes combinaisons de traitement.

J'ai dirigé l'examen systématique des effets du repos et du traitement dont les résultats ont éclairé la 5^e Déclaration de consensus international sur les commotions cérébrales dans le sport.

Nous collaborons aussi avec les réseaux cliniques stratégiques d'Alberta Health Services. Grâce au financement d'Alberta Health Services et de la Fondation Brain Canada, nous menons un programme de recherche sur les commotions cérébrales que dirige le Dr Keith Yeates afin de déterminer l'efficacité d'un cheminement

clinique de soins des commotions cérébrales chez les enfants qui se présentent aux services de l'urgence. Ce cheminement comprend un tout nouveau portail Web où les familles peuvent obtenir de l'information fondée sur des données probantes au sujet des commotions et sur le suivi du rétablissement.

Nous dirigeons aussi l'élaboration d'une formation en ligne ouverte à tous sur les commotions cérébrales. J'ai vérifié avant de venir aujourd'hui et jusqu'à présent, plus de 4 200 personnes s'y sont inscrites. Plusieurs participants à nos programmes ont collaboré à la 5^e Déclaration de consensus international sur les commotions cérébrales dans le sport. Je siège au comité scientifique, et nous collaborerons à nouveau à l'élaboration de la 6^e Déclaration de consensus. La Dre Emery et moi-même avons dirigé deux examens systématiques et contribué à l'élaboration d'outils produits pendant cette conférence, comme l'outil de reconnaissance de la commotion cérébrale et le SCAT5.

Le président: Merci beaucoup, madame Schneider.

Nous passons la parole à M. Cameron Marshall.

Dr Cameron Marshall (fondateur et président, Complete Concussion Management inc.): Merci, monsieur le président.

Je suis très honoré d'avoir été invité aujourd'hui. Je remercie le Comité de m'avoir offert cette occasion de parler d'un sujet qui me passionne et qui est l'oeuvre de ma vie.

Je suis Cameron Marshall. Je suis chiropraticien spécialisé en médecine sportive à Oakville, en Ontario. J'ai aussi publié mes résultats de recherche sur les commotions cérébrales, je siège au conseil exécutif de Lésion cérébrale Canada et je suis fondateur et président de Complete Concussion Management, un réseau qui regroupe des professionnels de la santé de plus de 250 cliniques de traitement et de rétablissement des commotions cérébrales situées dans tout le Canada. Je suis aussi un ancien athlète. Je jouais dans la ligue junior de hockey et dans l'équipe de la crosse de la Western University.

L'existence de ce comité prouve que le gouvernement du Canada comprend l'importance des risques que posent les commotions cérébrales à la santé et au bien-être des Canadiens. Les efforts continus des dirigeants gouvernementaux, des entraîneurs, des enseignants et des professionnels de la santé ont réussi à sensibiliser la population à l'importance des commotions cérébrales.

Fondé il y a plus de cinq ans, l'organisme Complete Concussion Management est maintenant le plus important fournisseur canadien de soins aux victimes de commotions cérébrales. Nous soignons maintenant deux fois plus de commotions cérébrales chaque année que les 11 principaux services de pédiatrie et d'urgence combinés. Chaque jour, plus de 100 Canadiens visitent l'une de nos cliniques partenaires pour des problèmes liés à des commotions cérébrales. Cette année, le CCMI traitera près de 7 000 commotions cérébrales, et comme nos soins sont couverts par une assurance-maladie secondaire, nos systèmes de santé provinciaux économiseront 30 millions de dollars en 2019 seulement.

Nous recueillons, entreposons et analysons également ces données dans notre base de données électronique sécurisée. Ce système universel de DME élaboré au Canada et spécialement conçu pour les soins aux commotions cérébrales est actuellement l'une des plus grandes bases de données sur les commotions cérébrales au monde. Elle soutient les activités de recherche de cinq universités canadiennes.

De toutes les victimes de commotion cérébrale que nous soignons, 71 % ont moins de 25 ans, et 57 % des blessures sont liées à des sports organisés. Complete Concussion Management collabore actuellement avec plus de 300 organismes de sports jeunesse au Canada. Il est le fournisseur de soins des commotions cérébrales que préfèrent plus de 50 000 jeunes athlètes.

Oui, nous offrons aussi une appli pour téléphone intelligent qui permet aux entraîneurs et aux thérapeutes de remplir loin de leur bureau un bref formulaire pour signaler les blessures et qui leur montre les principaux symptômes à surveiller. Une fois ce formulaire rempli, l'appli envoie des avis aux équipes, entraîneurs, enseignants et instructeurs de tous les autres sports auxquels l'athlète blessé participe. Elle numérise aussi les lettres d'autorisation médicale et les envoie à tous les intervenants liés à l'athlète. Cette communication constante et automatisée s'accompagne de la documentation et du suivi appropriés afin que rien ne passe entre les mailles du filet.

Il y a quelques semaines, M. Paul Hunter, de Rugby Canada, a dit au Comité qu'il serait vraiment utile d'avoir une appli qui signale les blessures dans tous les sports. C'est exactement ce que fait l'appli de suivi des commotions cérébrales du CCMI, et nous l'offrons gratuitement à toutes les écoles et à tous les programmes sportifs du Canada.

Il y a quelques semaines, le Dr Roger Zemek a indiqué au Comité qu'au cours de ces 10 dernières années, quatre fois plus de victimes de commotions cérébrales se sont présentées aux cabinets de médecins et aux services d'urgence de l'Ontario. Selon la Fondation ontarienne de neurotraumatologie, le temps d'attente moyen pour consulter un médecin en Ontario est de 18 jours, et pour consulter un neurologue, il faut attendre 250 jours. Notre système de santé a donc bien de la peine à faire face à ce problème, qui prend rapidement de l'ampleur.

Complete Concussion Management s'est donc attaqué à ce problème un peu différemment. Nous avons donné à des physiothérapeutes et à des chiropraticiens autorisés de la formation pour qu'ils puissent collaborer avec des médecins de famille pour cogérer les commotions et pour ouvrir plus d'accès aux patients. Les physiothérapeutes et les chiropraticiens sont des professionnels de la santé agréés et réglementés dont le champ d'exercice comprend le diagnostic et la prise en charge des commotions cérébrales.

Au cours de ces sept dernières années, les données scientifiques nous ont incités à effectuer des tests d'effort physique pour déterminer le degré de rétablissement physiologique d'une commotion cérébrale afin d'éviter de renvoyer les patients prématurément à leur sport. Nous savons maintenant que les commotions cérébrales répétées causent le plus de dommages et de problèmes dans le monde du sport. Les physiothérapeutes et les chiropraticiens spécialement formés possèdent les compétences, le temps et l'équipement nécessaires pour effectuer ces tests et pour veiller à ce que les athlètes retournent à leur sport en toute sécurité.

Ainsi, les médecins de famille et les services d'urgence, qui n'ont pas l'équipement et le temps nécessaires pour effectuer ces tests cruciaux, nous renvoient maintenant directement 30 % des patients. D'après notre expérience, en créant des réseaux locaux de collaboration multidisciplinaire de professionnels de la santé dûment formés, nous fournirons des soins fondés sur des données probantes de grande qualité autant dans les régions urbaines que rurales du Canada.

Je suis vraiment honoré d'avoir été invité à vous parler aujourd'hui. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions afin

que nous puissions continuer à collaborer à l'amélioration du soin des commotions cérébrales dans notre pays.

Merci.

• (1745)

Le président: Merci, monsieur Marshall.

Nous allons maintenant passer la parole aux députés pour les rondes de questions et réponses.

Oh, voilà que les lumières clignent. Il nous reste environ 30 minutes avant de voter. Je crois que nous avons le temps de faire un tour, et nous commencerons par M. Fisher, des libéraux.

M. Darren Fisher (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.): Je vous remercie tous deux d'être venus. Je suppose que vous avez suivi notre étude dès le début. Nous avons été sidérés de ce que nous avons appris, et pourtant je suis sûr que la majeure partie de ces faits sont pour vous des données ordinaires que vous connaissez depuis longtemps. Merci d'être venus.

Madame Schneider, je suis vraiment heureux que vous offriez cette formation en ligne. Je n'en reviens pas que vous ayez déjà 4 200 inscriptions.

Je voudrais savoir par quels moyens vous attirez ces gens. L'entraîneur d'une équipe locale de peewee A des Whalers de Dartmouth sait-il que ce cours existe? Comment l'apprendra-t-il? Accepteriez-vous qu'il suive cette formation?

Mme Kathryn Schneider: C'est une excellente question. En offrant cette formation en ligne offerte à tous, ou FLOT, sur les commotions cérébrales, nous désirons atteindre une population très vaste. Nous y accueillons tout le monde. Nous désirons aussi des participants venant de domaines très divers, ce qui enrichira les discussions. Nous cherchons à diffuser les données des résultats de recherche, dont un grand nombre éclairent la 5^e Déclaration de consensus international de Berlin, au grand public, à des intervenants de domaines différents.

La formation comprend une section de réflexion pendant laquelle les participants penseront à la façon dont la matière présentée s'applique à leur localité ou à leur organisme sportif. Nous leur offrirons pour cela des outils et des documents de réflexion. Ils pourront aussi en discuter en ligne avec moi ou avec le Dr Pierre Frémont, qui a témoigné devant vous la semaine dernière. Nous animerons ce cours ensemble.

Le Dr Frémont avait créé une FLOT sur les commotions cérébrales qui avait beaucoup de succès. Il s'est adressé à notre groupe, pensant que nous serions très bien placés pour adapter cette FLOT au monde anglophone, qui selon lui en aurait aussi grand besoin.

Un nombre incroyable d'intervenants de différents domaines s'intéressent à cette FLOT. J'ai discuté avec beaucoup de gens très divers depuis que nous l'avons annoncée il y a deux ou trois semaines.

• (1750)

M. Darren Fisher: C'est incroyable. Si vous avez 4 200 inscriptions, c'est que vous faites de l'excellent travail.

Je pense à mon fils, qui va fêter ses 18 ans demain, et au fait que quand il était novice au hockey mineur, nous les parents, les entraîneurs et les gestionnaires de l'équipe, n'avions pas la moindre idée de tout cela. Je suis très heureux qu'il y ait eu ce qui semble être une courbe d'apprentissage abrupte pour les gens.

Je me demande si l'homme qui entraînant l'équipe novice de mon fils fait encore de l'entraînement et s'il est au courant de ces choses maintenant. Pensez-vous qu'entretemps, il aura eu des occasions de s'informer sur les commotions cérébrales, sur leur diagnostic, sur leur gestion et, ce qui est plus difficile encore, sur les façons de les prévenir?

Mme Kathryn Schneider: On a beaucoup parlé des commotions cérébrales. Nous avons constaté une forte augmentation du nombre de reportages en 2011-2012, à la suite de la commotion qu'a subie Sidney Crosby. Les gens se sont aussi beaucoup intéressés aux moyens de les prévenir, parce qu'ils ne veulent pas que leurs joueurs soient hors-jeu. Les gens veulent vraiment savoir quoi faire et au bout de combien de temps les blessés peuvent revenir jouer. On perçoit un désir intense à ce sujet.

Il a aussi été très utile pour les entraîneurs de savoir reconnaître quand retirer les joueurs et quand consulter un professionnel de la santé qui évalue les joueurs en suivant leur état de santé. Les mondes du hockey et d'autres sports ont pris de nombreuses initiatives pour diffuser cette information, ce qui est excellent.

Les mondes du sport, des sciences et de la santé forment une équipe bien huilée et très efficace.

M. Darren Fisher: C'est très encourageant.

Monsieur Marshall, vous nous avez parlé de votre appli. Elle est incroyable. Comme votre entreprise est sans but lucratif, dites-moi comment vous réussissez à la distribuer gratuitement aux écoles. Vous nous avez dit que vous la distribuez gratuitement aux écoles et aux programmes sportifs au Canada, mais pas aux ligues de hockey mineur, je suppose.

Dr Cameron Marshall: Oui, elle s'applique au hockey, au soccer et à tous les sports.

L'appli originale était liée...

M. Darren Fisher: C'est nouveau, n'est-ce pas? Le fait que vous la distribuez gratuitement est assez récent.

Dr Cameron Marshall: En effet, c'est récent.

Cela a toujours été gratuit, mais c'était lié à nos cliniques. Nous avons un réseau de 250 cliniques qui travaillent avec les groupes sportifs locaux.

Au départ, l'application fonctionnait comme suit: si une blessure était signalée, le système informait automatiquement l'autre groupe sportif auquel la personne appartenait, parce que nous avons constaté que les lignes de communication étaient coupées. Si une blessure se produit au hockey, l'entraîneur de soccer n'est pas mis au courant. Cette préoccupation a été communiquée au Comité tout au long du processus.

L'application que nous avons mise au point au départ était simplement liée à nos cliniques, parce que nous n'avions pas vraiment d'autre solution. S'ils vont voir leur médecin de famille ou vont dans une autre clinique, nous ne savons pas ce qui se passe à ce moment-là.

C'est cette dernière année que nous l'avons remaniée pour inclure cela, et donc, si un patient se présente à l'une de nos cliniques et veut utiliser cette option, l'application communiquera avec elles à chaque étape du processus. S'il s'adresse à un autre fournisseur de soins de santé qui ne fait peut-être pas partie de notre réseau, disons un médecin de famille ou un médecin spécialisé en médecine sportive, ce professionnel de la santé pourra gérer ce cas.

Lorsque l'athlète revient avec sa lettre d'autorisation pour reprendre ses activités sportives, l'entraîneur peut en faire une copie

scannée, utiliser l'application, puis communiquer la lettre à tous les autres entraîneurs, afin que tout le monde en ait une copie et que tout le monde connaisse la situation de l'athlète. Ils ne peuvent pas mentir à leur entraîneur. Ils ne peuvent pas se faufiler.

M. Darren Fisher: C'est incroyable.

Pour revenir à la question que j'ai posée à Mme Schneider, comment procédez-vous pour faire de la sensibilisation? Comment faire connaître le programme aux Wings de Cole Harbour et leur dire que l'application est gratuite pour eux?

Dr Cameron Marshall: Nous faisons de notre mieux, évidemment, pour diffuser ce message.

M. Darren Fisher: Si vous communiquez avec notre bureau, nous pourrions essayer de vous aider.

Dr Cameron Marshall: D'accord, je vais le faire.

M. Darren Fisher: Merci, monsieur le président.

Le président: Juste pour faire la promotion de l'application, quel est son nom?

Dr Cameron Marshall: C'est l'instrument de suivi des commotions cérébrales de Complete Concussion Management. Nous utilisons l'abréviation CCMI.

Le président: Nous allons maintenant passer aux conservateurs.

Monsieur Kitchen.

• (1755)

M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC): Merci, monsieur le président.

Je vais rester sur le même sujet, parce qu'il a piqué ma curiosité.

Monsieur Marshall, merci beaucoup d'être parmi nous aujourd'hui.

Comme vous l'avez dit, nous avons beaucoup discuté de la façon de transmettre l'information d'un sport à l'autre. Il semble, d'après votre témoignage, que nous pourrions couvrir le tout ici, également parce que cela va du hockey mineur et du soccer mineur communautaires jusqu'aux niveaux junior. Je sais que votre organisation s'occupe d'équipes de hockey junior dans l'ensemble du pays, notamment l'une de mes propres équipes de hockey junior, pour laquelle j'ai été médecin d'équipe pendant de nombreuses années.

Cela dit, et je mets ici mon chapeau de médecin, pouvez-vous expliquer au Comité comment la question de la protection de la vie privée est inscrite dans votre application afin que nous ayons l'assurance que cette protection est assurée?

Dr Cameron Marshall: La protection de la vie privée est une chose que nous prenons très au sérieux depuis la création de tout notre système.

Le fonctionnement de l'application consiste à avoir un dossier par athlète. D'autres technologies peuvent avoir des configurations différentes pour différents sports, et c'est pourquoi elles ne communiquent pas. Nous avons un dossier par athlète.

Quand ils s'inscrivent à notre système, ils obtiennent un numéro. Ils sont désidentifiés dès le départ. Si un entraîneur ajoute cet athlète, il ne le fait pas par son nom. Il doit inscrire son numéro. La seule façon d'obtenir ce numéro, c'est que l'athlète le leur remette. C'est presque comme une transaction de type carte de crédit. Une fois que l'entraîneur a ajouté l'athlète, celui-ci doit le confirmer et accepter que l'entraîneur puisse voir certains des renseignements le concernant.

La seule information médicale qui soit communiquée est la blessure actuelle. Nous ne savons pas ce qui s'est passé à l'examen médical. Nous ne savons même pas ce qui s'est passé lorsque la blessure a été signalée. La seule personne qui le sait est celle qui a déposé le rapport. Les autres entraîneurs savent qu'un rapport a été déposé, mais ils n'y ont pas accès.

La seule chose qui est communiquée — et seulement avec le consentement de l'athlète, et l'athlète ou son tuteur peut retirer ce consentement en tout temps — se limite, purement et simplement, à la blessure proprement dite. L'athlète est, selon le cas, blessé et n'a pas encore le droit de reprendre l'exercice, blessé et autorisé à reprendre l'exercice sans contact ou complètement rétabli et prêt à reprendre ses activités.

M. Robert Kitchen: C'est communiqué à tout l'éventail multidisciplinaire des professionnels, n'est-ce pas?

Dr Cameron Marshall: Oui.

M. Robert Kitchen: Excellent, merci.

Nous avons beaucoup parlé de prévention et de la façon d'utiliser cette information, cette collecte de données, dont nous avons besoin, mais que nous n'avons pas, pour nous aider à faire de la prévention. C'est formidable de voir que souvent, dans le sport... Par exemple, madame Schneider, dans votre commentaire sur la pratique du volleyball, la réalité est que c'est très fréquent, et on le voit aussi au hockey. De nombreux gardiens de but subissent des blessures à la tête pendant la période d'échauffement et de pratique, et non pendant le match lui-même.

J'aimerais que vous répondiez rapidement tous les deux, si possible, parce que je veux laisser mon collègue poser une question. Vous avez parlé du volleyball. Est-ce que nous pourrions aussi utiliser ces données de recherche pour le hockey?

Mme Kathryn Schneider: En ce qui a trait à la recherche, notre groupe a fait beaucoup de travail sur la question du hockey en s'intéressant à la prévention — la prévention ciblée. Nous utilisons un modèle de prévention des blessures en nous intéressant d'abord à la fréquence des commotions cérébrales dans chaque sport et aux facteurs de risque. Nous nous associons à beaucoup d'intervenants du domaine du sport, à qui nous demandons: « Selon vous, qu'est-ce qui augmente le risque? Mesurons ces facteurs. » Nous pouvons alors effectivement mesurer les facteurs de risque et déterminer les plus importants, puis orienter les stratégies de prévention de manière à avoir le plus grand impact sur la santé.

C'est de là que vient une grande partie du travail de recherche sur la mise en échec. Si nous pouvons réduire le risque de commotion cérébrale de 70 %, ce sera une économie importante pour la santé publique.

Nous avons aussi travaillé dans les domaines du soccer, du volleyball et de nombreux sports. Il est certain que ce modèle fonctionnerait bien dans tous les sports, et le programme SHRED fera ce travail dans les écoles.

M. Robert Kitchen: Monsieur Marshall, avez-vous un bref commentaire?

Dr Cameron Marshall: C'est elle qui est l'experte en prévention. La University of Calgary a été l'une des pionnières dans ce domaine. Là où nous pourrions être en mesure d'aider, c'est uniquement en matière de suivi — avant et après l'intervention — et d'information sur des changements mesurables liés à certaines des interventions éventuelles.

M. Robert Kitchen: Merci.

Je vais laisser mon collègue poser une brève question.

Le président: Vous avez deux minutes.

M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC): Merci.

Évidemment, madame Schneider, le député Fisher vous a posé la plupart de mes questions au sujet de ce cours en ligne. Est-ce qu'on obtient une sorte d'attestation, un certificat, à la fin de ce cours?

• (1800)

Mme Kathryn Schneider: Oui.

M. Len Webber: Pensez-vous que cela pourrait devenir un critère obligatoire pour les entraîneurs de suivre ce genre de cours pour qu'ils soient mieux informés sur les commotions cérébrales et les soins à donner?

Mme Kathryn Schneider: C'est une excellente question.

Il est possible d'obtenir un certificat, mais il y a des frais administratifs minimes. Tout le reste est gratuit, mais il y a des frais minimes pour l'attestation d'achèvement du cours, et ils doivent remplir un questionnaire d'évaluation pour que nous puissions nous assurer qu'ils ont effectivement étudié toute la documentation.

Il y a aussi d'autres cours. L'instrument de formation sur la sensibilisation aux commotions cérébrales vous donne un certificat. C'est plus court, mais cela peut être communiqué automatiquement à des organisations précises. Il s'adresse à différents spécialistes de différents domaines. L'Association canadienne des entraîneurs offre également le programme « Prendre une tête d'avance ».

Nous couvrons tous ces éléments dans le cadre de la FLOT, pour que les gens en soient informés. Je pense que, selon les besoins de l'intéressé, il est possible d'envisager certains de ces modules de formation dans différents contextes.

M. Len Webber: Excellent.

Comment communiquez-vous avec la collectivité pour l'informer de ce cours en ligne? Quelles mesures avez-vous prises?

Mme Kathryn Schneider: Nous avons publié un communiqué de presse qui, semble-t-il, a été diffusé à l'échelle internationale. Beaucoup de gens de l'étranger ont communiqué avec moi pour me dire qu'ils en avaient entendu parler, et cela s'est donc vraiment répandu comme un feu de forêt. Nous avons le portail d'inscription sur notre page d'accueil à la faculté de kinésiologie de l'Université de Calgary.

Nous n'avons pas encore fait beaucoup de marketing systématique à ce sujet, mais nous sommes tout disposés à inviter quiconque veut participer.

M. Len Webber: Je suppose que c'est ouvert à l'internationale également. Si c'est en ligne, n'importe qui peut y accéder.

Mme Kathryn Schneider: Effectivement, et nous avons des collaborateurs qui contribuent également à l'étranger.

Le président: Merci.

Passons maintenant au NPD et à Mme Hardcastle.

Mme Cheryl Hardcastle (Windsor—Tecumseh, NPD): Merci beaucoup, monsieur le président.

J'espère pouvoir m'adresser aux deux médecins, mais j'aimerais commencer par la question du diagnostic de commotion cérébrale, madame Schneider. C'est une question délicate. Il faut tenir compte de tant de facteurs et il faut faire beaucoup plus de recherche.

Je ne sais pas si vous pouvez nous expliquer quels sont, selon vous, les difficultés ou les obstacles les plus immédiats, les percées que nous devons faire, pour comprendre la question du diagnostic.

Mme Kathryn Schneider: Je pense que c'est une excellente question.

Malheureusement, je ne pense pas qu'il y ait de réponse simple, et c'est pour cela que ce domaine est difficile. Il s'agit essentiellement d'un diagnostic clinique tenant compte d'un traumatisme, suivi de l'apparition des symptômes, et de résultats cliniques. En général, il n'y a pas de résultats fondés sur quelque type de neuro-imagerie que ce soit.

Dans le cadre de beaucoup de nos travaux de recherche, comme il y a tellement de zones du cerveau susceptibles d'être affectées par une commotion cérébrale, nous voulons les examiner toutes ensemble, et c'est pourquoi nous avons des experts de multiples domaines qui travaillent de concert. Nous venons tout juste de terminer une étude de cohorte sur cinq ans auprès d'un peu plus de 3 000 jeunes joueurs de hockey sur glace dans le cadre de laquelle nous nous sommes penchés sur toutes sortes de tests liés à différents facteurs, comme la cognition, l'équilibre, les étourdissements, le rôle du cou, certains des facteurs liés à l'humeur et d'autres, en examinant la façon dont ils s'associent les uns aux autres. Nous sommes, en fait, en train d'analyser certaines de ces données.

Nous nous appuyerons davantage sur le programme SHRED, où l'on fait également appel aux biomarqueurs, à la neuro-imagerie et à la robotique. Les données seront encore plus approfondies et elles nous permettront de mieux comprendre ce que nous constatons effectivement après une commotion cérébrale, afin de mieux la mesurer et, ainsi, de faciliter cette partie du diagnostic.

Les résultats de recherche ont vraiment évolué au cours des dernières années, et cela continue, mais, comme il y a tellement d'éléments en jeu, de zones du corps susceptibles d'être affectées par une commotion cérébrale, c'est évidemment un processus dynamique que nous devons continuer d'évaluer.

Mme Cheryl Hardcastle: À l'heure actuelle, il n'y a pas de méthodes efficaces en place. Est-ce que nous essayons encore d'y arriver?

Mme Kathryn Schneider: Il n'y a pas qu'un seul test, mais il y a...

Mme Cheryl Hardcastle: Qu'en pensez-vous, monsieur Marshall?

Désolée de vous interrompre. J'essaie simplement de me faire une idée de l'orientation que nous devrions prendre ou de la façon dont nous devrions aborder ce point de vue dans cette étude, en sachant ce que nous savons au sujet du diagnostic. Que savons-nous? C'est l'occasion pour vous de le dire officiellement pour que rien ne soit présumé.

Dr Cameron Marshall: Comme l'a dit madame Schneider, c'est vraiment un diagnostic clinique. Nous n'avons pas de tests objectifs pour les commotions cérébrales qui permettent de donner lieu à un diagnostic définitif. Il n'y a pas de norme de référence.

Prenons l'exemple de la chirurgie pour les blessures au genou. Ce serait la norme de référence. On peut aller voir et constater qu'un ligament est déchiré. On peut confirmer qu'il s'agit d'un diagnostic. À l'heure actuelle, il n'y a aucun moyen de confirmer qu'il y a eu une commotion cérébrale, et il n'y a donc pas de norme de référence. C'est surtout un diagnostic clinique. Il y a un accident et une sorte de mécanisme de blessure, puis, peu après, l'apparition des symptômes.

Il existe des tests. Comme l'a dit Mme Schneider, un test isolé n'est pas utile. Cependant, le fait de les combiner en une batterie de tests, si vous voulez, peut aider à comprendre la situation. Mais il y a encore des difficultés à cet égard.

● (1805)

Mme Cheryl Hardcastle: Je vais donner à chacun d'entre vous l'occasion de répondre à cette question. Cela concerne les éléments de preuve que vous recueillez, les données que vous récoltez et ce que vous observez maintenant. Dans le cadre de cette étude, je pense que nous constatons qu'il y a des chefs de file vraiment exemplaires et avant-gardistes dans ce domaine. Êtes-vous au courant de leur existence et savez-vous qu'ils recueillent des données? Comment pourrions-nous vous aider à cet égard, d'après vous?

Je vais vous donner un exemple. Dans un témoignage précédent, Eric Lindros a dit qu'on devrait créer une banque de cerveaux ou une sorte de banque de savoir — un centre unique. Qu'en pensez-vous?

Mme Kathryn Schneider: Je pense qu'il y a là une possibilité intéressante. Au Canada, il y a beaucoup de gens qui font un énorme travail de pointe et qui travaillent en étroite collaboration, à l'échelle du pays tout entier. C'est tout à fait unique à l'échelle internationale. Au dernier consensus, les gens se présentaient au micro et disaient: « Je ne viens pas du Canada, mais j'ai un cousin là-bas ». Il y avait une très forte présence canadienne et pancanadienne, et c'était extrêmement stimulant. Je pense que cela en dit long sur le grand nombre de personnes qui font beaucoup de travail de pointe dans ce domaine.

Nous avons aussi un réseau très coopératif appelé le Consortium canadien de recherche en traumatisme craniocérébral, ou CTRC, où tout le monde fait beaucoup de travail ensemble. Sur le plan de la recherche, nous avons récemment publié certaines lignes directrices sur les commotions cérébrales au sujet des données qu'il faudrait recueillir pour pouvoir ensuite mettre cette information en commun. Je pense qu'on fait beaucoup d'efforts pour travailler ensemble. Au bout du compte, je pense que plus nous pouvons tous travailler en équipe et obtenir les perspectives de chacun... C'est ainsi que nous pourrions répondre à certaines de ces questions de la meilleure façon possible.

Mme Cheryl Hardcastle: Monsieur Marshall, pensez-vous que le gouvernement pourrait jouer un rôle à cet égard?

Dr Cameron Marshall: Je ne sais pas si le gouvernement a nécessairement un rôle à jouer, à part peut-être pour financer certaines initiatives de ce genre. Notre point de vue sur notre rôle est véritablement le suivant: nous essayons d'utiliser les données fournies par les chercheurs, de les mettre en pratique et, en même temps, nous recueillons ces données pour voir si elles sont effectivement utiles dans le monde réel. Ensuite, avec ces données, nous nous associons à des universités, comme la University of Calgary — nous ne sommes pas partenaires, mais nous pourrions en reparler.

Nous avons fait beaucoup de recherche en collaboration avec la University of Toronto, la McMaster University, l'Université d'Ottawa et la Carleton University. Les données que nous avons recueillies représentent déjà une masse de connaissances qui ne sont pas vraiment reproductibles par ailleurs. C'est là que je vois notre rôle qui consisterait du moins à essayer de collaborer avec les universités, puisque nous sommes aux premières lignes pour recueillir des données sur les régions rurales et urbaines.

Le président: Merci.

Nous allons passer aux libéraux avec M. Eyolfson.

Monsieur Eyolfson, vous avez environ trois minutes. Ensuite, nous devons nous dépêcher d'aller voter.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci à vous deux d'être venus.

Madame Schneider, nous avons parlé de prévention. Vous avez parlé de certaines nouvelles règles, comme le fait de ne pas courir sous le filet au volleyball, de changer l'âge auquel on peut faire de la mise en échec au hockey, et ce genre de choses. Il y a eu une certaine controverse au sujet de certains sports qui devraient être totalement évités en deçà d'un certain âge.

Selon vous, y a-t-il des sports qui devraient être déconseillés avant un certain âge?

Mme Kathryn Schneider: C'est une question intéressante. Je n'ai pas d'exemple immédiatement à la mémoire, mais...

M. Doug Eyolfson: Prenons-en un au hasard: le football.

Est-ce que vous diriez qu'il ne faudrait pas commencer à le pratiquer ou à s'y adonner en deçà d'un certain âge?

• (1810)

Mme Kathryn Schneider: Je pense qu'il faudrait approfondir beaucoup plus la recherche pour vraiment comprendre certains des risques associés à différents sports à différents âges. Au cours des dernières années, nous avons notamment constaté, dans le cadre des travaux de notre groupe sur le hockey, que le risque de commotion cérébrale accuse un pic chez les jeunes de 11 et 12 ans. Le nombre de commotions est très élevé dans ce groupe — il est presque égal à ce que l'on observe au niveau professionnel — après quoi il redescend. C'est donc potentiellement un âge vulnérable pour ces enfants.

Au bout du compte, on constate effectivement que les risques diminuent lorsqu'il n'y a pas du tout de pratique. Je pense que c'est une question intéressante, mais il serait intéressant d'examiner certaines des règles employées en matière de risque. Je sais qu'un grand nombre de sports procèdent à des évaluations pour examiner cette question, c'est-à-dire pour s'attaquer au problème et limiter les contacts dans les pratiques. Une évaluation est en cours pour examiner certains de ces éléments. Il sera intéressant de voir ce que certaines de ces recherches révèlent.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Nous avons aussi parlé d'équipement. Je sais que les gens ont parfois une vision très simpliste de l'équipement de protection, notamment des casques. Nous savons que les casques ne sont pas la panacée pour prévenir complètement les blessures à la tête.

En plus des restrictions imposées aux règles de jeu, avez-vous pu faire des recommandations quant aux changements à apporter aux types d'équipement ou aux normes d'équipement de protection appliquées dans différents sports?

Mme Kathryn Schneider: Voilà une autre très bonne question. Nous examinons souvent la prévention sous l'angle des règles du jeu, de l'équipement et des facteurs de risque intrinsèques. Ce sont des facteurs qui modifient les risques propres à chaque personne. Certains des facteurs de risque intrinsèques sont liés à l'orientation spatiale de la personne, à sa coordination, au contrôle de la tête et du cou, et à des choses de ce genre.

Ensuite, bien sûr, il y a l'équipement et les règles du jeu. Nous conduisons des évaluations dans ce domaine. Des travaux ont été réalisés relativement aux protecteurs buccaux et aux risques que courent les jeunes hockeyeurs. Notre examen systématique de Berlin a montré un risque de protection potentiellement non significatif d'environ 19 %, ce qui exige un complément de recherche. En fait, nous avons pu faire des comparaisons à cet égard, parce qu'en Alberta, en raison du manque de documentation, la règle imposant le

port de protecteurs buccaux n'était pas forcément appliquée. Dans le cadre de nos études sur les commotions cérébrales chez les jeunes, nous avons pu étudier l'effet de porter ou de ne pas porter de protecteurs buccaux chez les enfants. Guettez la publication prochaine des résultats.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Le président: Au nom du Comité, madame Schneider et monsieur Marshall, je vous remercie de votre visite. Nous nous excusons, mais nous devons suspendre la séance pour aller voter. Veuillez remettre à nos analystes tous les rapports ou tout ce que vous aimeriez nous fournir, en plus de vos témoignages, qui pourraient éclairer notre rapport. Le rapport devrait être prêt d'ici la fin du printemps. Il sera déposé à la Chambre des communes.

Merci beaucoup.

Mme Kathryn Schneider: Merci.

Le président: La séance est suspendue.

• (1810)

_____ (Pause) _____

• (1840)

Le président: Reprenons. Nous sommes le Sous-comité sur les commotions cérébrales liées aux sports au Canada du Comité permanent de la santé.

Pour notre deuxième groupe de témoins d'aujourd'hui, nous accueillons, de Concussion North, la Dre Shannon Bauman, directrice médicale et médecin principale. Elle se joint à nous par vidéoconférence depuis Barrie, en Ontario. Bienvenue, docteure Bauman.

De Hockey Canada, nous accueillons le Dr Mark Aubry, médecin en chef, ainsi que Todd Jackson, directeur, Assurances et gestion des risques.

Nous allons commencer par la Dre Bauman, au cas où nous perdriions le signal vidéo. Vous avez la possibilité de faire une déclaration.

• (1845)

Dre Shannon Bauman (directrice médicale, médecin-chef, Concussion North): Merci, monsieur le président.

Éminents députés, je suis honorée d'être ici avec vous ce soir. Je vous remercie de m'avoir invitée à témoigner et je remercie le Comité et le Sous-comité de s'intéresser à un sujet aussi important.

Je vais commencer par me présenter brièvement. Je m'appelle Shannon Bauman. Je suis médecin spécialisée en soins de base dans les sports et je me consacre surtout aux athlètes de tous âges à tous les niveaux de pratique sportive, du sport de loisir au sport professionnel. J'ai été médecin pour des équipes de crosse, de hockey et de hockey sur luge. Je suis actuellement autorisée à exercer au département de médecine familiale et au département de chirurgie du centre régional de santé Royal Victoria à Barrie, en Ontario, et je suis professeure adjointe à l'Université de Toronto.

Je suis directrice médicale et fondatrice de Concussion North, une équipe interdisciplinaire dirigée par des médecins qui se consacre à la gestion médicale et à la réadaptation des personnes ayant subi des commotions cérébrales liées aux sports et à l'exercice physique. Concussion North a été reconnue comme un chef de file mondial en matière de prise en charge des commotions cérébrales, et on m'a demandé de participer à diverses réunions, comme à Berlin, en Croatie et aux États-Unis, pour parler de notre modèle et notre recherche sur le rétablissement à la suite de commotions cérébrales liées au sport. Nous suivons des athlètes olympiques, des joueurs de hockey junior de calibre mondial, des athlètes professionnels, ainsi que des athlètes locaux et d'autres qui vont jusqu'à traverser le Canada ou les États-Unis pour se faire soigner chez nous.

Plus récemment, Concussion North a été reconnue à l'échelle provinciale en étant citée au tableau d'honneur de la médaille ministérielle pour l'excellence de notre dévouement aux soins centrés sur les commotions cérébrales en Ontario.

Je suis fière d'être conseillère experte et membre des comités: de Parachute Canada; de la Fondation ontarienne de neurotraumatologie; de Canadian Concussion Collaborative et de MomsTeam, en collaboration avec la NCAA et le département de la Défense des États-Unis. Dans le cadre de mon travail au sein de ces comités, j'ai également pris part à la rédaction de cinq de nos principales lignes directrices provinciales et fédérales sur les commotions cérébrales, y compris les « Lignes directrices canadiennes sur les commotions cérébrales dans le sport », notre « Énoncé sur les tests pré-saison, "baseline", pour les commotions cérébrales au Canada » et les normes provinciales de soins postérieurs à une commotion, de la Fondation ontarienne de neurotraumatologie.

Je suis, avant tout, une clinicienne qui prodigue des soins à ses patients dans tout ce qui touche aux commotions cérébrales liées au sport. Je suis également clinicienne-chercheuse dans le domaine de la prise en charge des commotions cérébrales dans le cadre d'un modèle axé autour de l'intervention d'équipes interdisciplinaires, du rétablissement des commotions cérébrales liées au sport et des facteurs de risque de prolongation du rétablissement, ainsi que des différences hommes-femmes dans le processus de rétablissement.

À partir de mon expérience professionnelle en matière de commotions cérébrales, je formulerai deux grandes recommandations susceptibles d'éclairer les travaux de ce sous-comité.

Viennent d'abord l'adoption et la mise en oeuvre à l'échelle nationale des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. Grâce au leadership de notre actuel gouvernement fédéral, de l'Agence de la santé publique du Canada et grâce au travail de nos chercheurs reconnus à l'échelle nationale, de nos cliniciens experts, de nos spécialistes en application des connaissances à Parachute Canada et de la Fondation ontarienne de neurotraumatologie, nous avons produit des lignes directrices solides qui établissent des normes élevées de soins pour les commotions cérébrales, tant à l'échelle provinciale que nationale.

En collaboration avec la majorité des organisations sportives nationales du Canada, ces lignes directrices ont été traduites en protocoles harmonisés pour le traitement des commotions cérébrales propres au sport, protocoles qui permettent à tous les intervenants du sport de travailler ensemble en vue d'optimiser la détection et la prise en charge des commotions cérébrales au Canada. Cependant, il faut que toutes les organisations de professionnels de la santé, les organisations sportives provinciales et municipales, ainsi que les divisions scolaires adoptent ces protocoles à grande échelle de sorte que les messages soient uniformes dans tous les milieux scolaires et

sportifs. Ce n'est pas ce qui se passe actuellement dans toutes les provinces du Canada et nous sommes souvent confrontés aux messages contradictoires que les intervenants du sport et des écoles reçoivent d'autres sources que nos lignes directrices.

Deuxièmement, il faut que le gouvernement finance et appuie des centres d'excellence interdisciplinaires sur les commotions cérébrales dirigés par des médecins partout au Canada. Ces centres doivent être situés et financés de façon appropriée afin que chacun ait accès à l'expertise interdisciplinaire nécessaire pour traiter avec succès les commotions cérébrales.

Nous savons que la plupart des patients se remettent d'une commotion cérébrale dans les deux semaines qui suivent la blessure, mais pour 25 % des personnes qui présentent des symptômes prolongés, il est difficile de trouver des cliniques respectueuses de la norme actuelle de soins pour les symptômes persistants.

Nos lignes directrices fédérales énoncent clairement que les personnes souffrant d'une commotion cérébrale doivent être évaluées par un médecin et que certaines peuvent avoir besoin de recourir à une clinique multidisciplinaire dotée d'un médecin possédant une expérience supplémentaire en soins des commotions cérébrales, ainsi qu'une équipe interdisciplinaire de professionnels de la santé.

Il est difficile de soigner des athlètes et des patients qui présentent des symptômes persistants de commotion cérébrale. Ma licence et ma formation de médecin me permettent d'évaluer les problèmes médicaux complexes, y compris la migraine, le sommeil, les difficultés cognitives, la dépression et l'exacerbation d'autres problèmes médicaux concomitants que doit reconnaître le médecin effectuant une évaluation initiale. Seuls les médecins peuvent fournir ce type de soins.

- (1850)

Ces affections, comme les commotions cérébrales, sont de plus en plus courantes. Il y a aussi des aspects qui exigent que des soins de réadaptation soient prodigués par d'autres équipes soignantes habituées à gérer les nuances de ce type de blessure. Il peut être question de services de physiothérapie, de thérapie athlétique, d'ergothérapie, de neuropsychologie et d'optométrie offerts en clinique, sous un même toit.

Malheureusement, nous devons nous méfier des grandes entreprises qui font la promotion de leur expertise sans pour autant respecter les normes de soins énoncées dans nos lignes directrices. Malgré les processus de certification de l'expertise en matière de traitement des commotions cérébrales, les choses se compliquent quand on a affaire à des cliniques qui ne respectent pas leurs lignes directrices actuelles.

À l'instar d'affections qui, comme le cancer, sont médicalement complexes, les soins en cas de commotion cérébrale exigent que les médecins, en plus des autres équipes de soignants, travaillent en collaboration de façon interdisciplinaire. Bref, il nous a fallu établir des centres d'excellence régionaux capables de maintenir la norme élevée de l'approche multidisciplinaire établie par nos lignes directrices.

C'est ce que nous faisons actuellement à Concussion North. J'ai bon espoir qu'avec l'aide et le financement du gouvernement fédéral, nous serons en mesure d'offrir ce niveau élevé de soins dans tous les centres au Canada.

Merci beaucoup. J'ai hâte de répondre à vos questions.

Le président: Merci, docteur Bauman.

Nous passons maintenant au Dr Aubry, de Hockey Canada.

Dr Mark Aubry (médecin chef, Hockey Canada): Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Sous-comité, merci beaucoup de nous avoir invités, Todd et moi.

J'aimerais profiter de cette occasion pour me présenter. Je suis spécialiste en médecine sportive et codirecteur du Centre de médecine sportive d'Ottawa. Nous voyons quotidiennement des athlètes souffrant de commotions cérébrales. Je suis aussi le médecin en chef de Hockey Canada et de la Fédération internationale de hockey sur glace. J'oeuvre dans le domaine des commotions cérébrales depuis 20 ans, et j'ai traité de nombreux athlètes, tant professionnels qu'amateurs, qui ont subi cette blessure terrible.

La Fédération internationale de hockey sur glace — en collaboration avec d'autres organismes internationaux, comme le CIO, la FIFA, World Rugby et maintenant la FEL, la Fédération équestre internationale, a organisé cinq symposiums internationaux sur les commotions cérébrales dans le sport. Cette démarche a donné lieu à la Déclaration de consensus sur les commotions cérébrales dans le sport, qui est parue dans des publications médicales et qui fournit des lignes directrices fondées sur des preuves scientifiques concernant les enjeux liés aux commotions cérébrales. Le dernier symposium a eu lieu à Berlin, en 2016, et nous nous préparons désormais en vue du sixième symposium international, qui se tiendra à Paris, en 2020. Après un symposium de deux jours, un groupe d'experts dégage un consensus sur les preuves présentées sur place et publie les lignes directrices dans les publications médicales.

Parallèlement aux symposiums, nous avons aussi conçu: l'outil d'évaluation des commotions dans le sport, maintenant appelé le SCAT5; l'outil d'évaluation des commotions dans le sport pour les enfants, ou Child SCAT5; et l'outil de reconnaissance des commotions cérébrales 5, ou CRT5, à l'intention des personnes sans formation médicale dans le domaine du sport. Ces outils ont été traduits en plusieurs langues, dont le français, avec l'aide de Hockey Canada et d'autres experts au pays.

J'aimerais vous parler brièvement du travail de Hockey Canada qui, depuis de nombreuses années, se penche de façon sérieuse sur la question des commotions cérébrales dans son sport. Je suis accompagné aujourd'hui de Todd Jackson, directeur de l'assurance et de la gestion du risque à Hockey Canada, qui est à la tête du Programme de sécurité depuis bon nombre d'années. Il va certainement vous parler en détail des différents programmes en vigueur à Hockey Canada pour ce qui est des commotions.

Depuis la fin des années 1990, Hockey Canada a produit des renseignements sur la sécurité des joueurs, par l'intermédiaire du Programme de sécurité de Hockey Canada, a offert des séances de formation en personne et en ligne et a collaboré avec ses membres provinciaux pour fournir des outils visant à accroître la sécurité au hockey. Parmi ces outils, on trouve un centre de ressources en ligne, une application sur les commotions cérébrales ainsi qu'une ressource pédagogique pour les entraîneurs, les soigneurs, les parents et les administrateurs. Tous sont conçus pour assurer la sécurité des joueurs.

En 2011, Hockey Canada a mis en place une règle de « tolérance zéro » en ce qui a trait aux contacts avec la tête. Des punitions mineures, des punitions mineures doubles et des punitions majeures sont désormais imposées pour tout contact avec la tête, même lorsqu'ils sont accidentels. En outre, en 2013, les règles et les règlements ont été modifiés pour éliminer les mises en échec au hockey chez les enfants de 12 ans et moins. Aujourd'hui, environ 85 % des matchs disputés sous l'égide de Hockey Canada le sont sans mises en échec.

Par l'entremise de ses membres, Hockey Canada fournit de l'information aux entraîneurs et aux parents au moyen d'une plateforme éducative en ligne appelée « Respect et sport », qui traite de divers sujets, dont la sensibilisation aux commotions cérébrales. Les joueurs profitent aussi d'occasions d'apprentissage et de développement des habiletés tout au long de leur parcours au sein du système de hockey pour améliorer leur capacité à assurer leur propre sécurité et celle de leurs adversaires.

Parmi les nombreuses mesures de sécurité, Hockey Canada exige la présence d'un préposé à la sécurité au sein de toutes les équipes de hockey mineur partout au pays. Ce préposé à la sécurité est formé pour savoir reconnaître tout type de blessure, dont les symptômes d'une commotion cérébrale. Hockey Canada applique un protocole strict en matière de commotion cérébrale selon lequel tout joueur affichant des signes ou des symptômes d'une commotion cérébrale potentielle doit être retiré du jeu. Le protocole de retour au jeu établi prévoit une série d'étapes à suivre, dont l'obtention de l'autorisation d'un médecin, pour veiller à la disparition complète des symptômes et au retour au jeu sécuritaire du joueur.

Hockey Canada continue de travailler en collaboration avec le Sport Injury Prevention Research Centre de l'Université de Calgary, dont vous a parlé Mme Kathryn Schneider. Grâce à ses recherches, ce centre a fourni la plupart des preuves entourant les problèmes liés aux commotions cérébrales, et Hockey Canada a mis ces recherches à profit pour encadrer ses efforts de prévention des blessures, y compris sur le plan des règles et des règlements en vigueur.

Enfin, il est essentiel que nous ayons une société active et en santé. Pour ce faire, nous avons besoin que les familles se sentent en sécurité lorsqu'elles participent à des activités sportives. Nous croyons qu'il faut poursuivre continuellement le travail d'éducation et de recherche relativement à la sécurité des athlètes, y compris en ce qui a trait aux commotions cérébrales.

• (1855)

Merci.

Le président: Merci, docteur Aubry.

Monsieur Jackson.

M. Todd Jackson (directeur, Assurances et gestion du risque, Hockey Canada): C'est une déclaration que nous avons préparée ensemble. Je veux simplement ajouter qu'à mon avis, le réseautage que nous avons fait a été crucial et le centre de recherche en prévention des blessures sportives de même que Parachute Canada sont des exemples à suivre en la matière. Ce réseautage nous a permis de disposer d'outils efficaces et de l'information en continu dont nous avons besoin pour prendre, à l'interne, soit au niveau de l'organisation, des décisions importantes en matière de sécurité.

Le président: Merci.

Nous allons maintenant avoir l'occasion d'entendre les questions de nos membres auxquelles vous aurez l'occasion de répondre.

Nous allons commencer par les libéraux, avec M. Eyolfson.

M. Doug Eyolfson: Merci, monsieur le président.

Merci à tous d'être venus témoigner.

Docteure Bauman, je suis urgentologue et je comprends donc les défis que pose le transfert des connaissances aux fournisseurs de soins primaires.

Les directives en tous genres, pour tous les traitements possibles, changent de temps à autre, et il faut toujours travailler fort pour les faire connaître. Pour certaines questions, il est même souvent difficile d'intégrer des éléments au programme d'études de la faculté de médecine.

Participez-vous à la formation des médecins dès le début afin qu'ils aient des connaissances pertinentes sur la façon d'appliquer ces lignes directrices d'évaluation?

Dre Shannon Bauman: Oui, j'ai participé à des travaux par l'entremise de Parachute Canada, dans le cadre desquels nous avons créé une plateforme d'éducation en ligne, qui donne droit à un crédit en études médicales, conçue pour les médecins de famille, les pédiatres et les étudiants en médecine. C'est un cours que nous avons pu préparer et auquel j'ai participé.

Lorsque nous obtenons des renseignements de ce genre, c'est génial de pouvoir les communiquer aux médecins et de mettre ces outils entre leurs mains. Les outils mis au point par des médecins pour des médecins et d'autres professionnels de la santé sont vraiment essentiels.

À l'échelon local, j'ai aussi présenté des exposés aux médecins de famille et j'enseigne aux médecins résidents à l'Université de Toronto. Nous avons un programme de médecine familiale, ici, à Barrie, dans le cadre duquel les médecins viennent à notre clinique pour voir des patients avec moi.

Je pense que si nous pouvons transmettre l'information à la nouvelle génération de médecins de famille, de médecins résidents et d'étudiants en médecine, nous aurons la capacité, en tant que médecins de famille, d'évaluer les commotions cérébrales dès que les personnes se présentent à notre cabinet, outre que nous saurons mieux comment interpréter les lignes directrices publiées, parce que nous aurons justement l'occasion de les appliquer en situation clinique.

• (1900)

M. Doug Eyolfson: Excellent. Merci.

Avez-vous fait des démarches auprès des collègues pour que cela devienne obligatoire dans le programme d'études, comme le Collège des médecins de famille du Canada ou le Collège royal des médecins et chirurgiens? Est-on en relation avec eux pour que les lignes directrices publiées soient intégrées dans le programme normalisé des résidents?

Dre Shannon Bauman: Je sais que certains de mes prédécesseurs qui ont déjà comparu devant le Comité, comme le Dr Pierre Frémont et le Dr Charles Tator, ont dirigé certains de ces aspects dans des facultés de médecine. Je n'ai pas travaillé directement avec les facultés de médecine moi-même, mais je sais qu'il y a de grands leaders dans le domaine qui travaillent à cela et dont vous avez déjà entendu parler.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Docteur Aubry, j'aimerais changer de sujet.

Monsieur Jackson, vous allez peut-être m'aider à comprendre une chose.

Un aspect dont il a été question et à propos duquel, nous avons entendu des témoignages, est celui des pugilats lors de parties de hockey. Nous savons que cela va à l'encontre des règles à tous les niveaux. C'est absolument interdit au niveau amateur, mais toléré au niveau professionnel, surtout dans la Ligue nationale de hockey, où ce serait même encouragé, selon certains commentateurs sportifs aux chemises voyantes, bien que ce soit contraire aux règles établies.

M. Darren Fisher: Je ne vois vraiment pas de qui vous parlez.

M. Doug Eyolfson: Effectivement.

Hockey Canada a-t-il pris position en envoyant un message bien senti à la LNH pour dire: « Peu m'importe ce qui arrivera à vos cotes d'écoute, vous devez mettre un terme aux pugilats sur la glace dans le hockey professionnel »?

Dr Mark Aubry: Tout d'abord, du point de vue du hockey mineur, je pense pouvoir dire que Hockey Canada joue un rôle mineur. Je ne suis pas certain qu'il appartienne à Hockey Canada de dire à la LNH ce qu'elle devrait ou ne devrait pas faire. Je crois fermement, cependant, que les coups de poing ne devraient pas être permis. Nous avons transmis ce message non seulement à Hockey Canada, mais à tous les niveaux de notre sport.

Je pense que la LNH a énormément changé, que le nombre de pugilats a considérablement diminué et qu'on arrivera à ce qu'il n'y en ait plus. Beaucoup de pressions ont été exercées, non seulement par les acteurs du milieu du hockey, mais aussi par les médias. Je pense que tout le monde a bien compris le message et que la situation est en train de changer.

Nous avons tenu un sommet à la clinique Mayo auquel ont participé des experts de l'Amérique du Nord. L'une des déclarations publiées à la suite du sommet portait sur l'abolition des combats à tous les niveaux du hockey.

Todd, voulez-vous ajouter quelque chose?

M. Todd Jackson: Le rôle de Hockey Canada est de veiller à influencer notre culture au niveau amateur et, comme vous l'avez dit, de faire passer le message que les bagarres sont contraires aux règles, que nous ne voulons pas de bagarres et qu'elles ne seront pas tolérées. Si nous pouvons commencer à exercer une influence sur les enfants lorsqu'ils sont jeunes, et si cette influence réussit à faire son chemin jusqu'aux niveaux supérieurs, cela devrait avoir pour effet de réduire le nombre de bagarres dans le hockey amateur.

Le président: Nous allons passer aux conservateurs et donner la parole à M. Kitchen, pour sept minutes.

M. Robert Kitchen: Merci, monsieur le président, et merci à vous tous d'être ici aujourd'hui. Nous vous en sommes très reconnaissants. Je vous remercie également de votre indulgence au sujet de la petite interruption et d'être restés malgré tout.

Madame Bauman, j'ai manqué quelque chose au début. Vous êtes médecin de famille et spécialiste des blessures sportives. Est-ce exact?

Dre Shannon Bauman: Oui, je suis médecin de famille et j'ai un diplôme en médecine sportive de l'Académie canadienne de médecine du sport et de l'exercice.

M. Robert Kitchen: C'est bien. Merci.

Si j'ai bien compris, vous avez participé aux activités de l'organisation Parachute. Est-ce exact?

• (1905)

Dre Shannon Bauman: Oui. Je fais partie des conseillers experts siégeant au sein de ses divers sous-comités.

M. Robert Kitchen: Vous avez suivi une formation spécialisée après l'école de médecine dans le cadre d'un programme menant à un diplôme.

Dre Shannon Bauman: J'ai fait mes études en médecine familiale à l'Université Queen's. J'ai suivi ensuite une formation complémentaire en médecine sportive à l'Université McMaster. Puis, j'ai reçu une attestation de compétence de l'Académie canadienne de médecine du sport et de l'exercice pour la pratique de la médecine sportive, et j'ai une pratique spécialisée dans les blessures sportives depuis les 12 dernières années.

M. Robert Kitchen: Je comprends et c'est là où je veux en venir maintenant.

Vous êtes une clinicienne et je suis un parent de joueur de hockey, un entraîneur de hockey, etc. Je m'implique dans ce sport depuis de nombreuses années. Je ne vous dirai pas depuis combien de temps, mais c'est en 1976 que j'ai obtenu mon certificat d'entraîneur. Nous ne remonterons pas si loin, toutefois.

Disons que je crois que ma fille a une commotion cérébrale. J'ai entendu parler de vos compétences et je viens vous voir. Expliquez-moi comment cela fonctionne.

Dre Shannon Bauman: Votre fille a une commotion cérébrale. Il y a probablement déjà quelqu'un qui était sur la glace avec elle et qui a constaté une possible commotion cérébrale. Le rôle de cette personne est d'évaluer la situation et de retirer votre fille du jeu. Selon la gravité de ses symptômes, c'est-à-dire s'il y a des signes laissant supposer une fracture de la colonne cervicale ou certains autres signes neurologiques, il serait peut-être souhaitable qu'elle se rende à l'urgence pour une évaluation immédiate. Si son état semble stable, la recommandation serait de faire un suivi auprès de son médecin de famille. Idéalement, elle devrait consulter un médecin, que ce soit un médecin à l'urgence, son médecin de famille ou un médecin à une clinique sans rendez-vous, dans un délai d'environ 48 heures.

À ce moment-là, le médecin procédera à une évaluation médicale, afin de déterminer s'il y a une commotion cérébrale, d'écarter certains signaux d'alarme, de déterminer s'il y a lieu de commander un examen par imagerie et de donner de l'information et des recommandations de base sur la façon de gérer les signes initiaux et les symptômes de la commotion cérébrale, le retour graduel à l'école, la façon de mener ses activités quotidiennes, ainsi que la reprise graduelle de ses activités.

Il devrait y avoir un suivi supplémentaire par la suite. Cela pourrait être le rôle du médecin traitant. Heureusement, dans la plupart des cas de commotion cérébrale, 80 % des patients n'auront besoin que de soins prodigués par leur médecin traitant. Un suivi devrait avoir lieu dans les deux semaines suivantes, afin que le médecin puisse constater l'évolution de la situation, du point de vue du retour graduel à l'école et, au jour le jour, concernant la façon dont la personne récupère de ses symptômes.

Si le médecin qui effectue ce suivi après deux semaines constate qu'il y a quelque chose qui fait en sorte qu'il est difficile pour votre fille de se concentrer à l'école, qu'elle a des problèmes visuels, des maux de tête et des difficultés d'apprentissage, ou que les problèmes s'aggravent au cours d'une journée d'école, cela pourrait l'amener à recommander une consultation d'un spécialiste comme moi, qui a une plus grande expérience du traitement des commotions cérébrales. Cela pourrait être un médecin spécialiste en médecine sportive, un pédiatre, un psychiatre, un neurochirurgien ou un neurologue.

Le rôle de ce médecin est de recommander au patient de consulter directement un médecin qui peut faire d'autres évaluations médicales et relever certaines subtilités qui pourraient entraîner un rétablis-

ment plus long pour votre fille. C'est le rôle que je jouerais. Je vois des patients tous les jours à ma clinique...

M. Robert Kitchen: Supposons que nous en arrivions à cette étape avec ma fille et qu'on me renvoie à vous, à votre clinique en particulier.

Si ma fille se présentait à votre clinique, qui verrait-elle en premier lieu?

Dre Shannon Bauman: Elle me verrait moi.

M. Robert Kitchen: Elle serait vue par vous dès le départ. Il n'y aurait pas de consultations ou d'évaluations préalables par qui que ce soit d'autre dans votre clinique.

Dre Shannon Bauman: Non, ce serait moi. La recommandation vient d'un autre médecin, le médecin de famille. Cette personne s'adresse directement à moi. Mon travail consiste à passer environ une heure à une heure et demie avec votre fille. Je fais un historique, une évaluation médicale et un examen très détaillés, et nous discutons de certaines des particularités de sa commotion cérébrale, à savoir des problèmes de sommeil, des migraines, ou encore des problèmes visuels ou vestibulaires. Il pourrait aussi s'agir de perturbations de l'humeur ou d'autre chose, mais chaque cas est individuel.

Selon ce que je détermine, il y a, dans l'équipe avec laquelle je travaille, une ergothérapeute qui a un doctorat en réadaptation cognitive, à qui je m'adresse pour qu'elle fasse une évaluation plus détaillée de l'aspect scolaire et qui se charge d'une partie des conseils à donner. Dans ma clinique, il y a aussi une thérapeute sportive qui m'aidera pour l'aspect de l'exercice, si j'estime que nous devons soumettre votre fille à des tests sur tapis roulant, à des tests que nous pouvons faire à l'interne dans le cadre d'un programme supervisé. Dans ma clinique, il y a aussi des physiothérapeutes spécialisés dans les problèmes de cou et de mâchoire et qui ont une formation en réadaptation vestibulaire. Si un tel traitement est nécessaire, je peux me tourner vers ces personnes.

Ce qui est différent et unique dans notre clinique, c'est qu'il s'agit d'une clinique sous surveillance médicale. Je suis la première à voir votre fille. Je supervise également la réadaptation qui se fait dans mon centre, et je suis aussi celle qui autorisera à votre fille à reprendre ses activités sportives, qui la guidera pour son retour à l'école et qui lui fournira les documents dont elle aura besoin une fois ces décisions prises. La différence, dans notre clinique, c'est que je suivrai votre fille tout au long du processus, et que c'est moi qui lui donnerai son congé et communiquerai l'ensemble de la démarche au médecin qui l'a recommandée.

• (1910)

M. Robert Kitchen: Je viens d'une région rurale de la Saskatchewan et nous n'avons pas accès à ce genre de services. En fait, nous avons des médecins qui viennent de pays où on ne sait même pas ce qu'est le hockey. Ce genre d'accès n'est pas propre aux régions rurales de la Saskatchewan, mais se retrouve partout dans le Canada rural. C'est un gros problème de ne pas disposer de gens qui ont ces compétences. Mais il y a d'autres professionnels qui possèdent ces compétences et qui ont suivi la formation de troisième cycle pour fournir cette expertise et cette information.

Nous devons évaluer la situation pour l'ensemble du Canada. Ce n'est pas tout le monde qui vit au centre d'une grande ville, à Barrie ou ailleurs.

Quelles sont vos recommandations pour ces régions rurales?

Le président: Monsieur Kitchen, nous allons devoir garder cela pour votre prochaine série de questions.

Nous passons maintenant au NPD et à Mme Hardcastle.

Mme Cheryl Hardcastle: Bienvenue. Merci beaucoup de contribuer à notre rapport et, au bout du compte, à nos recommandations.

Je tiens à préciser cela, parce que lorsque j'ai posé une question à l'un des témoins, on m'a répondu qu'on ne comprenait pas vraiment le lien lorsque j'ai demandé quel devrait être le rôle du gouvernement. On m'a dit qu'il ne devrait pas avoir de rôle à jouer, mais j'aimerais que nous puissions formuler une recommandation si nécessaire. C'est ce qui justifie mes questions.

J'aimerais commencer par vous, docteur Bauman.

En ce qui concerne votre expertise pour ce qui est des lignes directrices de Parachute Canada et votre rôle au sein de... Est-ce bien Concussion North?

Dre Shannon Bauman: Oui.

Mme Cheryl Hardcastle: Est-ce que Concussion North applique toutes les lignes directrices de Parachute Canada?

Dre Shannon Bauman: Oui, c'est ce que nous faisons.

Mme Cheryl Hardcastle: Est-ce que la façon dont les lignes directrices de Parachute Canada sont conçues... conçues n'est pas ce que je veux dire. Compte tenu de ce que mon collègue, M. Kitchen, vient de mentionner — les réalités géographiques et la disponibilité des médecins —, dans quelle mesure ces lignes directrices sont-elles réalistes à l'heure actuelle?

Dre Shannon Bauman: Dans les lignes directrices que nous avons créées par l'entremise de Parachute Canada, nous établissons une norme d'excellence en ce qui a trait aux soins au Canada. Nous examinons les pratiques exemplaires. Nous déterminons ce qu'il faut faire pour fournir des soins, afin que chaque personne — ma fille, votre fille, votre fils — ait accès aux meilleurs soins possible. Nos lignes directrices sont un exemple de ce que nous considérons comme les meilleurs soins disponibles. Ce n'est pas parce que cette norme n'est pas appliquée dans toutes les régions à l'heure actuelle que nous ne devrions pas viser un niveau élevé en matière de soins.

Par exemple, si vous avez une blessure au genou, si vous avez une entorse au genou et que vous avez besoin d'une IRM, une radiographie ne fera pas l'affaire. Si vous avez besoin de cette IRM, vous pouvez consulter votre médecin de famille, subir une évaluation médicale et être aiguillé vers un endroit où vous pourriez subir le test dont vous avez besoin. Ce n'est pas parce que la radiographie est disponible qu'il s'agit du meilleur test.

Ce que je dis, c'est que nous avons besoin du soutien du gouvernement. Je recommande qu'avec l'appui du gouvernement et des provinces, nous puissions respecter ces lignes directrices, mais nous avons besoin de soutien financier pour le faire.

Je crois que, tout comme pour le traitement du cancer, il s'agit d'un problème médical complexe, au sujet duquel un médecin et une équipe interdisciplinaire de professionnels travaillent ensemble. Il n'y a pas de centre régional de cancérologie dans chaque ville, mais il y a des médecins de première ligne, comme des médecins traitants et des urgentologues, qui peuvent se charger dans une large mesure des évaluations initiales.

Quatre-vingts pour cent des gens seront pris en charge par leur médecin traitant ou un autre médecin. Lorsqu'une consultation dans une clinique spécialisée est nécessaire — nous parlons d'environ 25 % de ces patients à risque élevé qui présentent des symptômes persistants —, tout comme pour les soins en cancérologie, nous devrions avoir des cliniques régionales bien identifiées, qui sont

accessibles à tous dans les différentes régions géographiques. Je crois sincèrement que c'est réalisable.

Avec des cliniques comme la mienne, Concussion North, à Barrie, en Ontario, ou la Pan Am Clinic au Manitoba, ou encore les cliniques dirigées par le Dr Shawn Marshall, à Ottawa, de même que les cliniques à Calgary, nous avons déjà d'excellents exemples de gens qui font ce genre de travail et qui suivent les lignes directrices de Parachute Canada et les normes provinciales de la Fondation ontarienne de neurotraumatologie.

Nous avons besoin de plus d'exemples de ce genre, mais nous avons aussi besoin de financement. Avec du financement, je crois que nous pourrions réussir. Je serai heureuse d'apporter ma contribution et de donner des conseils au gouvernement sur la façon de procéder rapidement.

• (1915)

Mme Cheryl Hardcastle: Merci.

Docteur Aubry, je sais que vous avez travaillé — je crois que c'est 22 ans — avec les Rough Riders. Pouvez-vous nous parler un peu de la façon dont vous avez vu l'approche évoluer en ce qui a trait aux commotions cérébrales, et nous dire quels sont certains des jalons ou des pratiques exemplaires et comment nous devrions aller de l'avant?

Dr Mark Aubry: La connaissance des commotions cérébrales a changé notre façon d'agir au cours des 20 dernières années. Je peux remonter à 2001, lorsque nous avons publié la première déclaration de consensus. Ce n'est qu'en 2012 qu'il a été mentionné que les athlètes qui n'avaient pas de symptômes pouvaient revenir au jeu.

Je pense que nous sommes maintenant tous d'accord pour dire que les commotions cérébrales sont un problème grave, une blessure grave, et que s'il y a un soupçon, nous devons retirer le joueur du jeu, puis suivre un protocole et un processus progressifs pour son retour au jeu. Je peux dire que, même en ce qui concerne les athlètes professionnels, y compris ceux de la Ligue canadienne de football et de la Ligue nationale de hockey, nous avons vu une telle approche, c'est-à-dire retirer les joueurs du jeu sur la base de soupçons uniquement, et ne pas les laisser revenir avant qu'ils aient suivi toutes les étapes du processus.

Dans le cas de la Ligue canadienne de football et de la Ligue nationale de hockey — je parle d'athlètes professionnels —, le délai avant le retour au jeu a augmenté, simplement parce que nous nous soucions davantage d'assurer la sécurité que de permettre aux joueurs de retourner au jeu et de risquer de subir une autre commotion cérébrale ou de mettre leur santé en danger.

Je crois que la situation évolue et qu'elle continuera de le faire. Pour en revenir aux lignes directrices et aux différentes régions du pays où les gens se trouvent, la déclaration de consensus fournit des lignes directrices très simples, qui peuvent être mises en oeuvre par tous les professionnels de la santé des diverses régions du pays. Elles sont vraiment assez simples.

La chose la plus importante, c'est que nous voulons qu'ils soient retirés du jeu et qu'ils se reposent, mais pas dans le sens où ils ne font rien — nous leur autorisons des activités quotidiennes dans le processus par étapes — et que nous voulons les sensibiliser aux symptômes, mais certainement pas leur permettre de revenir au jeu tant qu'ils ont des symptômes et, de notre point de vue en ce qui a trait au hockey et du point de vue du sport professionnel, tant qu'ils n'ont pas obtenu l'autorisation de leur médecin.

Le président: Merci.

Nous revenons maintenant aux libéraux et à M. Fisher.

M. Darren Fisher: Merci, monsieur le président. Est-ce que j'ai sept minutes?

Le président: Oui.

M. Darren Fisher: Auriez-vous l'obligeance de m'arrêter après cinq minutes, parce que j'aimerais laisser les deux dernières minutes à M. Nathaniel Erskine-Smith. Merci.

Merci beaucoup à tous d'être ici. Je m'excuse du fait que nous ayons dû nous absenter, ce qui nous donne moins de temps, de sorte que je n'aurai pas la chance de vous poser toutes les questions que j'aurais souhaité poser.

Ken Dryden milite beaucoup dans le domaine des commotions cérébrales. Il a d'ailleurs comparu devant notre comité. Selon lui:

Nous n'avons qu'à pénaliser tous les coups portés à la tête, car qu'il s'agisse d'un coup de bâton, de coude, d'épaule ou de poing, que ce soit intentionnel ou accidentel, légal ou illégal, le cerveau ne fait pas de distinctions. Les dommages sont les mêmes.

C'est ce qu'il a demandé personnellement à la Ligue nationale de hockey et à Gary Bettman. Je sais que Hockey Canada n'intervient pas de cette façon auprès de la LNH ou de l'Association des joueurs de la Ligue nationale de hockey, mais vous préconisez la tolérance zéro.

Je ne sais pas si la tolérance zéro correspond exactement à ce que Ken a dit. Je suis père d'un joueur de hockey de niveau junior B, qui joue ce soir pour la première fois. Il y a des enfants qui jouent au niveau peewee et qui mesurent six pieds et d'autres, seulement quatre pieds onze. Il peut arriver que le joueur de six pieds porte un coup à la tête de celui de quatre pieds onze, que ce soit intentionnel ou non. C'est une très bonne règle. La tolérance zéro est une bonne chose.

Est-ce que cela correspond aux problèmes dont Ken parle, et vous attendez-vous à ce que la tolérance zéro pratiquée au niveau du hockey mineur par l'entremise des organisations de Hockey Canada ait des répercussions jusqu'au niveau de la Ligue nationale de hockey, ce qui permettrait un jour de répondre aux attentes de Ken?

• (1920)

Dr Mark Aubry: Je suis tout à fait d'accord avec vous. Ce que nous voyons maintenant est le résultat de ce que Hockey Canada et beaucoup d'autres ligues de sport mineures ont fait en ne tolérant aucun coup à la tête.

Quand Ken parle de tolérance zéro pour tous les coups à la tête, cela correspond à la position de Hockey Canada. C'est clair. Même si le coup est circonstanciel et accidentel, il n'est en aucun cas acceptable et il doit être pénalisé.

Il est certain que cela se répercute non seulement dans les ligues juniors, mais aussi sur la Ligue nationale de hockey. Nous regardons tous des matchs de hockey professionnel, et je pense que ce qui se passe maintenant, c'est que la plupart des coups portés à la tête, même dans la LNH, ne sont pas tolérés et sont même pénalisés. C'est ce qui est arrivé à deux reprises dans le cas de coups portés par nos joueurs vedettes au cours des dernières semaines, qui ont eux aussi été pénalisés pour des coups non intentionnels à la tête.

Je pense que le message est clair, et ce que nous voyons, c'est un changement dans la façon dont nous percevons les choses, non seulement en général, mais au niveau du sport professionnel aussi.

M. Darren Fisher: Docteur Bauman, vous avez parlé de l'adoption de pratiques exemplaires. Vous avez dit que tous les services de santé, les divisions scolaires et les groupes sportifs doivent adopter de telles pratiques. Vous avez dit que ce n'est pas ce qui se passe, et vous avez mentionné que les messages sont contradictoires. Puis, vous êtes passée à autre chose. Pourriez-vous

prendre une minute pour me dire comment faire appliquer ces pratiques exemplaires et accroître leur utilisation?

Dre Shannon Bauman: Les lignes directrices comme celles de Parachute Canada ont été élaborées en collaboration avec le gouvernement fédéral et l'Agence de la santé publique du Canada. Elles sont très strictes.

Le défi que je vois en tant que clinicienne, c'est que de jeunes athlètes de diverses organisations sportives représentant différentes ligues locales de l'Ontario se présentent à ma clinique chaque jour et qu'ils sont nombreux à ne pas avoir entendu parler des lignes directrices de Parachute Canada. Ce sont des lignes directrices très solides et bien documentées. Nous les avons utilisées avec certaines de nos organisations sportives nationales. Mon défi, c'est que lorsque je les présente aux patients, j'aimerais qu'ils puissent les transmettre aux organisations sportives auxquelles ils appartiennent dans toute la province. À Barrie, ce n'est pas ce qui se passe.

Ce que j'aimerais voir, c'est que ces lignes directrices que nous avons élaborées grâce au financement fédéral obtiennent un soutien au niveau provincial qui se répercute, à Barrie, par exemple, auprès de notre association de hockey mineur. J'aimerais qu'ils les utilisent. Nous pourrions avoir des lignes directrices qui seraient appuyées partout au Canada et auxquelles toutes les organisations auraient accès.

Les lignes directrices actuelles contiennent des formulaires d'évaluation médicale, des formulaires d'autorisation médicale. Elles comportent un protocole qui est très bon pour les entraîneurs et les parents, y compris de la sensibilisation avant la saison. Elles décrivent ce qu'il faut faire lorsque votre fils ou votre fille a une commotion cérébrale, les personnes qu'ils doivent voir aux diverses étapes après avoir subi leur blessure, et le moment où ils doivent être aiguillés vers un centre multidisciplinaire de traitement des commotions cérébrales.

Si nous avions cela, et si tout le monde utilisait le même formulaire, il n'y aurait pas de confusion. Ce qui se passe, c'est que chaque clinique élabore ses propres lignes directrices, divers énoncés, ce qui fait en sorte que ces organisations ne savent plus lesquels utiliser. Malheureusement, celles que nous avons élaborées grâce au financement fédéral ne se rendent pas jusqu'aux athlètes qui en ont besoin.

J'ai eu la chance, à Oro-Medonte, d'utiliser les lignes directrices élaborées par Parachute Canada.

Le président: Merci de ces précisions.

Nous allons passer à M. Erskine-Smith pour environ une minute et demie ou deux minutes.

M. Nathaniel Erskine-Smith (Beaches—East York, Lib.): Merci beaucoup.

Dans le même ordre d'idées, avec les lignes directrices fédérales telles qu'elles sont — et vous avez mentionné qu'il y a une sorte de norme d'excellence élaborée conjointement avec l'ASPC, l'Agence de la santé publique du Canada —, y a-t-il une province que nous pouvons citer en exemple comme étant celle qui réussit le mieux à les mettre en oeuvre?

Dre Shannon Bauman: J'ai vraiment l'impression que c'est le Manitoba, grâce au travail qui se fait avec le Dr Mike Ellis, qui est l'un de ceux qui ont codirigé l'élaboration des lignes directrices canadiennes, et qui joue un rôle essentiel dans la province. On y retrouve une clinique financée par le gouvernement fédéral. Je pense qu'il est important de le souligner. La présence de ce médecin ayant une expertise et de cette clinique ayant reçu du soutien et du financement du gouvernement fédéral ont permis de rallier les organisations provinciales. Cela a permis de travailler avec certaines collectivités des Premières Nations et d'obtenir un appui total.

Avec ce genre d'exemple clinique — ce qui me fait dire qu'il faut appuyer une clinique multidisciplinaire financée par le gouvernement fédéral —, je crois qu'il serait plus facile de faire adopter nos lignes directrices à l'échelle provinciale et fédérale.

• (1925)

M. Nathaniel Erskine-Smith: Merci beaucoup.

Le président: Merci, monsieur Erskine-Smith.

Nous allons passer au deuxième tour. Il ne nous reste que deux minutes environ pour chacun des membres du Comité.

Nous allons passer à M. Kitchen, pour deux minutes.

M. Robert Kitchen: Merci, monsieur le président. Je l'apprécie.

Je vais poser une question à M. Jackson.

Je vois que vous êtes le directeur, Assurances et gestion du risque. Pendant de nombreuses années, j'ai été entraîneur de hockey, et des patients venaient me consulter dans ma pratique et me disaient : « Bon, j'ai été blessé en jouant au hockey. J'ai ce formulaire de Hockey Canada. » Ils venaient me voir avec des commotions cérébrales, et pendant que je m'occupais d'eux et que je les évaluais, ils me demandaient : « Comment vais-je payer pour cela? » Pouvez-vous expliquer les difficultés qui se posent à Hockey Canada avec ce formulaire?

M. Todd Jackson: Certainement. Vous parlez probablement du formulaire d'assurance. Nous exigeons qu'il soit rempli dans le cas d'une réclamation, et cela pose toujours un défi de le faire efficacement. Il y a toujours le problème que les joueurs doivent consulter un médecin pour le faire remplir. Il y a évidemment le processus d'acheminement à nos bureaux, aux bureaux de Hockey Canada, et le processus d'examen de chacun de ces formulaires. Il y a donc beaucoup de problèmes à régler.

M. Robert Kitchen: Le formulaire peut être rempli par un médecin, un chiropraticien et un physiothérapeute. Est-ce exact?

M. Todd Jackson: Oui. Il est destiné aux médecins. Il ne fait aucun doute qu'il est parfois rempli par d'autres entités, et cela dépend souvent de la nature de la blessure également.

M. Robert Kitchen: Le formulaire ne le précise pas, mais d'autres praticiens peuvent signaler le problème.

Surtout dans le Canada rural, lorsque se produisent des blessures et, encore une fois, qu'un praticien ne comprend pas le sport et recommande le patient à quelqu'un qui le comprend, qui peut être un expert dans le domaine des blessures sportives, pour faire une évaluation, cet expert pouvant être un chiropraticien ou un physiothérapeute qui pratique dans la collectivité et qui remplit ces formulaires. Vous les accepteriez aux fins des assurances, n'est-ce pas?

Le président: Merci, monsieur Kitchen.

Nous passons maintenant aux libéraux et à M. Erskine-Smith, pour deux minutes.

M. Nathaniel Erskine-Smith: Merci beaucoup.

Ma question s'adresse à Hockey Canada. J'ai joué au baseball pendant mon enfance, mais pas au hockey. Au baseball, il y a des accidents et des commotions cérébrales, mais ce n'est pas vraiment habituel, alors j'apprécie les réponses données à M. Fisher au sujet des coups à la tête.

Lorsqu'une commotion cérébrale se produit dans le sport chez les jeunes ici au Canada, quel est le mécanisme de signalement pour que nous ayons une idée globale de ce qui se passe?

M. Todd Jackson: Si un joueur subit une commotion cérébrale, il est évident que nous avons un message très simple pour ceux chargés d'assurer la sécurité, à savoir qu'en cas de doute, ils doivent le retirer du jeu. Il est retiré pour la partie.

M. Nathaniel Erskine-Smith: Est-ce que cela fait l'objet d'un rapport, afin que Hockey Canada ait une idée claire, à l'échelle nationale, du nombre de commotions cérébrales qui se produisent au niveau local?

M. Todd Jackson: Il n'y a pas de surveillance spécifique, et je peux vous dire que l'un des plus grands défis est la surveillance. Lorsqu'on commence à parler de recueillir ce genre de données, il est très difficile, bien souvent, d'amener les gens à remplir ces formulaires, à soumettre cette information. C'est l'un de nos plus grands défis.

M. Nathaniel Erskine-Smith: A-t-on fait des efforts pour s'assurer que, lorsque se produisent des commotions cérébrales dans le sport chez les jeunes, il y a un mécanisme central de signalement à Hockey Canada et que vous êtes en mesure de recueillir ces statistiques?

M. Todd Jackson: À l'heure actuelle, nous siégeons au groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les commotions cérébrales. C'est l'un des grands sujets qui est examiné, la surveillance.

La raison en est, comme vous le disiez, que les données sont importantes. Nous devons savoir ce qui se passe.

Nous verrons ce qu'il adviendra de ces discussions et d'autres, mais comme je l'ai dit, il ne fait aucun doute que la surveillance est l'un des plus grands défis.

Le président: Merci, monsieur Erskine-Smith.

Nous allons maintenant remercier Dre Bauman, parce que nous allons perdre la transmission vidéo dans environ une minute.

Merci beaucoup de votre témoignage et de vos réponses. S'il y a autre chose que vous aimeriez soumettre au Comité, n'hésitez pas à le faire. Le rapport sera rédigé et, espérons-le, il sera déposé à la Chambre d'ici la fin du printemps.

Dre Shannon Bauman: Merci.

Le président: Nous allons maintenant passer à Mme Hardcastle, pour deux minutes.

Mme Cheryl Hardcastle: Merci.

Docteur Aubry, j'aimerais revenir un peu en arrière et vous poser une question au sujet de la déclaration de consensus sur les commotions cérébrales dans le sport. Selon vous, faut-il un effort concerté pour la mettre à jour et l'adopter?

Vous avez dit que 2012 faisait partie des étapes cruciales. C'était la première fois que l'on discutait du fait et que l'on affirmait que quelqu'un qui avait été frappé à la tête ne devait pas revenir au jeu. Je dis « on » collectivement, en pensant aux parents, aux formateurs, aux médecins ou à d'autres intervenants.

• (1930)

Dr Mark Aubry: La déclaration de consensus est en fait un document international produit par des experts du monde entier à la suite du symposium de deux jours, et elle témoigne d'un consensus à l'égard des preuves présentées.

Par exemple, pour la dernière déclaration de consensus de Berlin, en 2016, plus de 64 000 articles ont été examinés, et on en a tiré un consensus, qui est basé sur des preuves scientifiques.

Ces lignes directrices sont tellement liées aux données scientifiques qu'elles permettent de constater l'état actuel de nos connaissances sur les commotions cérébrales. Elles servent vraiment de base

à d'autres groupes, comme Parachute et Hockey Canada, pour leurs lignes directrices, ces organismes suivent habituellement la déclaration de consensus, qui devient ce que je qualifierais de document de premier plan sur le terrain, que différents groupes peuvent ensuite examiner et adopter, en tout ou en partie.

Le président: Au nom des membres du Comité, je vous remercie, Dr Aubry et M. Jackson. Je vous remercie de votre franchise, de votre ouverture et de votre présence ici, ainsi que de vos réponses aux nombreuses questions. Nous vous en sommes reconnaissants.

Encore une fois, nous espérons que le rapport sera déposé à la Chambre d'ici la fin du printemps. Je vous remercie de vos recommandations. S'il y a autre chose que vous aimeriez soumettre au Comité, nous serons heureux d'en prendre connaissance.

Dr Mark Aubry: Merci.

Le président: 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>