



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 008 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 1^{er} avril 2019

Président

M. Peter Fonseca

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

Le lundi 1^{er} avril 2019

• (1740)

[Traduction]

Le vice-président (M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC)): Je vous remercie tous d'être ici.

La séance du Sous-comité sur les commotions cérébrales liées aux sports est ouverte. Conformément à la motion adoptée par le comité permanent de la santé, le jeudi 4 octobre 2018, notre sous-comité reprend l'étude des commotions cérébrales liées aux sports au Canada. Je vous suis reconnaissant à vous tous d'être ici.

Ce soir, nous accueillons deux groupes de témoins. Le premier est celui de Mmes Sandhya et Swapna Mylabathula. Merci beaucoup d'être ici.

Les deux sont doctorantes à l'Université de Toronto. Elles semblent bien connaître les lieux, ici, étant intervenues dans l'étude du projet de loi C-566 déposé pendant la 41^e législature.

Je leur cède la parole pour leur exposé en PowerPoint.

Mme Sandhya Mylabathula (candidate au doctorat, University of Toronto, à titre personnel): Merci beaucoup.

Bonsoir à tous et merci de nous accueillir.

[Français]

Bonsoir, mesdames et messieurs.

Merci beaucoup de nous accorder votre attention ce soir.

[Traduction]

Nous sommes très emballées et très honorées d'être ici pour vous faire connaître notre point de vue.

Je me nomme Sandhya.

Mme Swapna Mylabathula (candidate au doctorat en médecine, University of Toronto, à titre personnel): Je me nomme Swapna. Ne craignez rien, vous ne voyez pas double. Ce n'est pas un poisson d'avril. Nous sommes jumelles.

Rapidement, les présentations. Comme on l'a dit, nous sommes doctorante et doctorante en médecine à l'université de Toronto. Nous nous intéressons depuis un peu moins d'une décennie, maintenant, aux commotions cérébrales. Nous avons une formation interdisciplinaire dans ce domaine. Actuellement, nous nous consacrons à nos travaux de recherche de doctorantes, mais, en 2010, nous avons commencé à travailler sur un projet de loi fédéral. Nous avons aussi été consultantes sur les politiques de l'Ontario, notamment pour la « Note Politique/Programme » n° 158, actuellement mise en oeuvre dans les écoles de l'Ontario.

Notre passion pour le hockey nous fait intervenir depuis longtemps sur les problèmes causés par les commotions cérébrales. De plus, nous participons intensément à des initiatives de

communication scientifique et de sensibilisation sur le sujet, auprès de tous les groupes d'âge.

Mme Sandhya Mylabathula: Qu'est-ce qu'une commotion cérébrale? Comme nous savons que l'expression est loin de vous être étrangère, nous allons récapituler rapidement.

Il s'agit d'un traumatisme, causé par un choc, qui provoque un trouble fonctionnel temporaire du cerveau pouvant conduire à un processus physiopathologique qui peut, à son tour, se manifester par des symptômes physiologiques et psychologiques débilissants. Des conséquences sociales sont également possibles. Ces symptômes ainsi que le traumatisme peuvent varier selon l'individu. Nous savons aussi que les effets d'une commotion ne sont pas toujours visibles de l'extérieur. Ça ressemble donc beaucoup à une lésion invisible.

Notre cerveau est très fragile. Nous en avons un modèle en trois dimensions, obtenu par impression 3-D, simplement pour le montrer. La consistance du cerveau, bien plus que dans ce modèle, ressemble à de la gelée. Ça souligne d'autant plus la nécessité de le protéger.

Nous avons un exemple du mécanisme causant le traumatisme. Voici un choc direct à la tête. Autre possibilité, un choc subi par le corps cause un cou de lapin, qui affecte le cerveau et la tête.

Mme Swapna Mylabathula: Au Canada, les commotions sont un problème en croissance. Cette image fournie par l'Institut canadien d'information sur la santé montre que, ces dernières années, cette croissance s'est manifestée le plus chez les enfants et les jeunes. Beaucoup de commotions sont liées aux sports. C'est seulement la partie visible de l'iceberg. C'est vraiment un problème de santé publique.

Il importe cependant de noter que même si beaucoup de commotions surviennent dans la pratique d'un sport — et nous sommes devant le sous-comité qui s'en occupe — il en survient ailleurs, par exemple dans le secteur des transports, au travail, à la maison et dans d'autres loisirs ainsi que chez toutes les catégories d'âge et dans toutes les populations.

Mme Sandhya Mylabathula: Nos recommandations visent cinq grands domaines dans lesquels notre gouvernement peut jouer un rôle important et capital. La diapo les énumère.

Ces recommandations se fondent sur l'acquis de la recherche actuelle, notamment une partie de la nôtre, sur les réactions et les discussions auxquelles ont participé toutes sortes d'intéressés, au Canada et à l'étranger, ainsi que sur une partie de notre propre travail sur le projet de loi C-566, déposé au cours de la 41^e législature.

Le premier de ces domaines, la prévention, est essentiel à la réduction des conséquences telles que la charge financière qu'entraînerait cette sorte de traumatisme, de même qu'à celle des effets nuisibles pour la qualité de la vie.

Notre première recommandation, en l'occurrence, est de demander au gouvernement qu'il appuie une politique qui entraînera un changement de culture dans les organisations sportives et les écoles pour favoriser la réduction du risque de commotion cérébrale.

Mme Swapna Mylabathula: Notre deuxième recommandation en matière de prévention est d'appuyer l'élaboration et la mise en oeuvre de stratégies de prévention, notamment par des mesures comme la modification des règles de la pratique de certains sports, par exemple sur les mises en échec, ainsi que la modification de notre environnement bâti et la sensibilisation.

Notre dernière recommandation en matière de prévention est d'appuyer et de promouvoir la recherche sur les stratégies de prévention des commotions.

Nous avons six recommandations à soumettre à votre examen pour la gestion des commotions. La première est la promotion de tests psychologiques après les commotions pour mieux cerner les risques pour la santé mentale susceptibles de se matérialiser...

M. Darren Fisher (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.): Désolé, mais j'invoque le Règlement. C'est brillant. Pouvons-nous en avoir une copie? Est-ce que ça nous a été communiqué?

Mme Mona Fortier (Ottawa—Vanier, Lib.): Nous n'en avons pas de copie.

• (1745)

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Nous avons la version en PDF.

M. Darren Fisher: C'est bon. Nous pouvons l'avoir après la séance. Je ne veux pas interrompre l'exposé, mais c'est vraiment important, nous devrions l'avoir.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Si vous n'y voyez pas d'objection, nous vous demandons de bien vouloir nous communiquer ces diapos après la séance.

Mme Swapna Mylabathula: Bien sûr. Nous en avons une copie avec nous.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): D'accord. Nous l'avons. Parfait. Merci.

Désolé pour l'interruption.

Mme Cheryl Hardcastle (Windsor—Tecumseh, NPD): Nous allons tous en avoir une copie, n'est-ce pas?

Mme Swapna Mylabathula: Nous vous en enverrons une. Nous savons bien que ça vous sera utile.

La deuxième recommandation, ici, est de vraiment promouvoir des initiatives de sensibilisation qui englobent explicitement la santé mentale.

La troisième est d'assurer des soins postcommotionnels à tous les Canadiens qui en ont besoin.

Mme Sandhya Mylabathula: Ensuite, nous recommandons que le gouvernement encourage les organisations sportives à obliger tous les athlètes, entraîneurs, arbitres et tout le personnel des équipes à

recevoir une formation complète sur la gestion des commotions cérébrales. Nous croyons aussi qu'il est impératif d'appuyer la recherche sur la gestion des commotions, dont l'acquis pourra nous aider à obtenir de meilleurs résultats, à abréger la convalescence et à améliorer le vécu même du traumatisme.

Enfin, toujours pour la gestion, nous recommandons que le gouvernement favorise la création de programmes de formation en reconnaissance et en gestion des commotions et qu'il les rende obligatoires, particulièrement pour l'agrément professionnel.

Mme Swapna Mylabathula: Ces dernières années, beaucoup de nouveaux thèmes sont apparus dans le domaine des commotions cérébrales. Quatre de nos recommandations, que nous soumettons à votre examen, se fondent sur ces thèmes. La première est d'appuyer les éventuelles études bien conçues qui porteront sur les commotions cérébrales en tenant compte des différences liées au sexe et au genre, vu que les femmes et les filles sont souvent une population négligée par la recherche.

La deuxième est d'appuyer et de promouvoir la recherche sur les stratégies qui conviennent le mieux pour raffermir l'intention de signalement ainsi que les programmes qui favoriseront ce changement de comportement.

Mme Sandhya Mylabathula: Nous demandons aussi au gouvernement de rendre obligatoire la formation à la recherche sur le sexe et le genre pour tous les chercheurs financés par l'État, pour faciliter ce type de recherche et, aussi, pour aider la recherche sur ces nouveaux sujets — par exemple les chocs sous-commotionnels et les coups multiples portés à la tête — parce que le progrès des connaissances dans ces domaines pourrait aider à mieux comprendre comment ces facteurs pourraient influencer sur les besoins en matière de gestion, sur leur rôle possible sur les effets à long terme et sur leurs effets chez les Canadiens.

Voyons maintenant la recherche sur les politiques.

Notre première recommandation, bien sûr, est de demander au gouvernement de favoriser et de financer ainsi que d'appuyer la recherche sur les politiques mêmes concernant les commotions. Il importe aussi de diffuser des messages très cohérents à la faveur des politiques mêmes et, également, de faciliter les discussions à ce sujet dans les administrations fédérales, provinciales et territoriales ainsi que municipales.

En outre, nous voudrions que le gouvernement appuie les politiques des provinces et des territoires visant les établissements d'éducation élémentaire, secondaire et postsecondaire, qui favoriseront des stratégies de retour au jeu, de retour à la normale et de retour à l'apprentissage, particulièrement les mesures d'adaptation relatives aux études.

Mme Swapna Mylabathula: Notre recommandation suivante sur la recherche sur les politiques est de s'attaquer aux inégalités régionales qui peuvent exister entre l'accès, en milieu rural, en banlieue et en ville, aux ressources, pour pouvoir même mettre en oeuvre une politique sur les commotions.

La recommandation suivante vise à assurer une évaluation régulière de la politique sur les commotions, où qu'elle puisse exister.

Notre dernière recommandation sur les politiques est de promouvoir, de mettre sur pied et de mettre en oeuvre un système national de surveillance des commotions pour aider à l'évaluation, mais aussi aider à peut-être cerner tout sous-ensemble de la population qui pourrait avoir besoin d'aide supplémentaire.

Mme Sandhya Mylabathula: Le dernier groupe de recommandations dont nous allons discuter avec vous concerne la sensibilisation.

D'abord, nous recommandons que notre gouvernement appuie les efforts nationaux de sensibilisation ainsi que l'harmonisation de l'information concernant les activités sportives scolaires et non scolaires, en insistant particulièrement sur l'élaboration et la promotion d'un code national de conduite.

Mme Swapna Mylabathula: Nous recommandons aussi d'appuyer la recherche, l'élaboration et la mise en oeuvre de modalités de sensibilisation interactive, visant des publics précis, par divers moyens, pour en améliorer l'efficacité dans tous les publics. Nous recommandons aussi d'appuyer et de promouvoir une sensibilisation convenable, cohérente et axée sur les compétences pour les stagiaires du milieu de la santé et les cliniciens qui exercent, puisqu'il existe des lacunes dans les connaissances chez les cliniciens.

Notre dernière recommandation, qui vise les cinq domaines dont nous venons de parler, est que le gouvernement fédéral s'occupe des trois principales priorités qui ont été cernées dans le projet de loi C-566, susmentionné.

• (1750)

Mme Sandhya Mylabathula: La première est la création d'une semaine nationale de sensibilisation aux commotions. Elle nous aiderait à améliorer la sensibilisation et l'éducation des Canadiens en général.

Mme Swapna Mylabathula: La deuxième est une stratégie canadienne concernant les commotions, y compris un centre national d'excellence pour la recherche sur les commotions.

Mme Sandhya Mylabathula: La dernière est la création d'une commission gouvernementale sur les commotions qui aiderait à évaluer le phénomène, à définir les responsabilités et à assurer la continuité.

Le Canada se trouve dans une position particulière où se présente à lui la possibilité de devenir un des chefs de file du paysage des politiques visant les commotions, mais aussi celle d'agir en amont pour réduire leur risque, grâce à la prévention et à la promotion du mieux-être de nos citoyens. À cette fin, nous faisons appel à notre gouvernement, pour le faire.

Mme Swapna Mylabathula: Nous sommes vraiment encouragés par la création de votre sous-comité, ainsi que par les discussions que vous avez eues jusqu'ici et l'enthousiasme que nous avons constaté. Voilà pourquoi nous avons vraiment l'espoir d'assister, dans un proche avenir, à la mise en oeuvre, partout au Canada, d'une stratégie globale pour les commotions.

[Français]

Merci de votre attention et de votre temps. Nous vous en sommes très reconnaissantes.

[Traduction]

Mme Sandhya Mylabathula: Merci.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Merci pour votre exposé et votre document. Comme M. Fisher l'a dit, le document nous sera très utile dans l'examen de la question et l'inventaire, à tête reposée, de ce que vous nous avez proposé.

Passons maintenant aux questions.

Nous commençons par Mme Fortier, qui dispose de sept minutes.

[Français]

Mme Mona Fortier: Merci, monsieur le président.

Je vais parler en français. Si vous me comprenez, c'est parfait. Sinon, vous pouvez mettre les écouteurs pour entendre l'interprétation.

Ce que vous nous avez dit est vraiment fascinant et très clair. Depuis le début de nos travaux, nous avons eu le privilège d'entendre le témoignage d'athlètes, de parents, d'entraîneurs et de représentants d'associations. On voit maintenant que le gouvernement fédéral pourrait prendre certaines mesures.

Vous avez parlé de prévention en évoquant un changement de culture. J'ai cru comprendre que, selon vous, le changement de culture devrait s'opérer à tous les niveaux. D'après vos recherches, à quel changement de culture devrait-on s'attaquer à ce moment-ci?

Mme Sandhya Mylabathula: Merci beaucoup de cette question. Je vais y répondre en anglais.

[Traduction]

Nous en convenons, le changement de culture est nécessaire partout. On peut agir de nombreuses manières et dans de nombreux secteurs. Par exemple, dans le sport professionnel, il faut un changement de culture dans sa pratique, dans sa perception chez les athlètes, les entraîneurs, les équipes, les médias, mais aussi chez les partisans et leur façon de consommer le sport.

Ça peut aussi englober le sport au niveau populaire, parce que ça ne se limitera pas au niveau professionnel. Les enfants voient agir les athlètes professionnels, mais ils pratiquent aussi leur sport dans leurs propres ligues, et il importe aussi, à ce niveau, de changer la culture.

Il faut s'y prendre de toutes sortes de points de vue différents.

Mme Swapna Mylabathula: Oui. Nous recommandons de nous inspirer du domaine de la transmission des connaissances et du changement des comportements pour atteindre cet objectif, parce qu'il existe des stratégies de changement des comportements dont l'efficacité a été démontrée par la recherche.

Nous recommanderions entre autres de nommer des champions du changement, pour transmettre les connaissances. Ce serait des porte-parole tenus en haute estime, comme des athlètes, des personnes comme Eric Lindros, qui est venu témoigner devant vous, Cassie Campbell-Pascall ou Hayley Wickenheiser, qui a parlé publiquement de ses commotions cérébrales, qu'on ferait parler de leur vécu pour vraiment faire considérer comme normale l'idée d'en parler. Il est en effet difficile de parler de cette blessure invisible, mais, d'après notre expérience aussi, personne, dans le sport du hockey, ne veut vraiment s'arrêter de jouer.

De multiples raisons expliquent pourquoi les joueurs ne veulent pas s'arrêter et ne veulent pas signaler leur état. L'intention de signaler est une tout autre question que nous pourrions examiner aujourd'hui, mais le fait d'avoir un champion du changement est une autre de nos recommandations, et il faut aussi profiter des médias sociaux. Aujourd'hui, on peut être très efficace auprès des joueurs de hockey et d'autres sports de la base, jusqu'au niveau élite, grâce aux médias sociaux. Nous devons donc en profiter.

Nous en avons vu des bribes à la faveur des discussions qui ont eu lieu, mais on peut faire beaucoup plus, de façon plus stratégique et plus cohérente, pour opérer un changement dans notre culture.

Mme Sandhya Mylabathula: Des théories ont aussi été publiées sur la façon de réaliser ce changement fondé sur les données probantes. Pour changer des intentions ou le comportement, quels sont les autres facteurs à prendre en considération dans les mesures à prendre? Quelles normes et attitudes et quels types utiles de facteurs devons-nous examiner avant de nous attendre à un début de changement?

Sur les champions recherchés, nous savons que des personnes, des athlètes, sont désireux de parler de ces sujets. Par exemple, quand nous avons participé à l'organisation de la première conférence canadienne à s'adresser, à Toronto, aux femmes et aux filles sur la question des commotions, c'est Cassie Campbell-Pascall qui s'est avancée et qui a pris la parole. Quelle réussite! En effet, ce visage, parce qu'il était connu, a vraiment convaincu le public de l'importance du problème.

• (1755)

[Français]

Mme Mona Fortier: J'apprécie beaucoup aussi votre deuxième priorité, soit la mise en oeuvre d'une stratégie pancanadienne sur les commotions et la création d'un centre de recherche dans ce domaine.

Nous avons reçu un témoin à ce comité qui étudiait le cerveau des athlètes. Je lui ai posé une question sur son étude — c'était dans le domaine du football ou du rugby. Il m'a alors dit qu'il étudiait seulement le cerveau des athlètes masculins et que son domaine de recherche à ce moment-là ne lui permettait pas d'étudier celui des athlètes féminines.

Vous avez abordé la question du genre. Pouvez-vous nous parler davantage du défi que pose l'obtention de données sur les femmes? Pourquoi est-il important de renforcer cet aspect de la recherche?

[Traduction]

Mme Sandhya Mylabathula: Oui, l'absence de femmes pose un véritable problème dans beaucoup de domaines de recherche sur la santé. Les femmes peuvent réagir différemment aux blessures ou présenter un terrain différent. Il faut confirmer cette différence et, dans l'affirmative, déterminer la suite des choses. Le traitement de la blessure pourrait différer; nous l'ignorons et nous resterons dans l'ignorance tant que nous n'aurons pas examiné ces réalités et ces facteurs.

Mme Swapna Mylabathula: C'est l'une des raisons pour intensifier la recherche. Nous ne connaissons pas avec certitude les différences attribuables au genre et au sexe. Nous en savons davantage qu'il y a 10 ans. C'est très encourageant, et c'est même plus motivant de faire plus de recherche dans ce domaine.

Mme Sandhya Mylabathula: À l'heure actuelle, par exemple, nous savons qu'une partie de la recherche laisse croire que les femmes présentent peut-être des symptômes différents et ainsi de suite. Il ne fait aucun doute que des études montrent que nous devrions approfondir la question. Selon certaines études, les femmes présentent peut-être plus de symptômes et ainsi de suite, mais il y a d'autres facteurs que nous devons prendre en considération. Par exemple, les femmes signalent plus de symptômes à la base, avant même d'avoir subi une blessure. Cela signifie qu'elles ne présentent peut-être pas plus de symptômes après la blessure; c'est juste leur façon d'être.

Mme Swapna Mylabathula: De plus, il y a peut-être différents mécanismes de blessure. Certaines études montrent que le contact entre les joueurs a tendance à être plus souvent le mécanisme de blessure chez les hommes que chez les femmes. C'est parce qu'il y a beaucoup moins de contacts intentionnels dans, disons, le hockey

féminin ou d'autres sports. Nous devons également tenir compte du mécanisme dans notre façon d'apporter des changements et de recourir à des stratégies de prévention.

[Français]

Mme Mona Fortier: En fin de semaine, j'ai assisté à un tournoi de volleyball d'équipes féminines composées de jeunes femmes âgées de 17 ou 18 ans. Trois femmes de ces équipes ne pouvaient pas jouer parce qu'elles venaient de subir une commotion cérébrale. C'est quelque chose de fréquent. J'ai eu une conversation avec leurs parents, et ils sont aussi préoccupés par le fait qu'il n'y a pas assez de recherches visant à trouver des solutions à ce problème.

Je n'ai pas beaucoup de temps, mais je voulais juste poser une autre question.

[Traduction]

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Nous aurions besoin d'une réponse très rapide.

[Français]

Mme Mona Fortier: Vous avez parlé de ce que pourrait faire le fédéral, mais les provinces et les territoires pourraient aussi faire quelque chose. Dans vos réponses à d'autres questions, vous pourriez nous parler des façons dont le gouvernement fédéral, dans le cadre de la présente étude, pourrait travailler avec les provinces, les territoires, et même les municipalités pour régler ce problème.

[Traduction]

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Merci. Nous devons poursuivre.

Nous allons passer à Mme Hardcastle, s'il vous plaît.

Mme Cheryl Hardcastle: Merci, monsieur le président.

Merci beaucoup. C'est très intrigant. J'aime voir la façon dont vous avez expliqué que notre stratégie nationale ne doit pas se limiter à la prévention et que nous ne devons pas considérer cela comme un simple problème de santé publique; il y a aussi le problème du diagnostic. La question de la recherche entre en ligne de compte, car à défaut d'avoir fait assez d'études, on ne peut pas poser de diagnostic. Ce n'est pas qu'une question de prévention; il y a aussi la question du traitement, du recours à des formes de traitement novatrices pour être à l'avant-garde.

J'ai compris dans les propos que vous avez tenus au début... Si vous avez écouté une partie des témoignages, vous savez qu'il y a un écart dans la disponibilité des traitements lorsqu'il s'agit des symptômes plus complexes d'un traumatisme émotionnel et des symptômes physiques. J'aimerais que vous parliez un peu plus de la façon dont cela fonctionne selon vous dans une stratégie nationale, alors que nous sommes encore aux prises avec des problèmes comme celui que vous avez mentionné, à savoir le manque d'harmonisation dans la façon de faire un suivi des commotions et d'échanger de l'information.

•(1800)

Mme Swapna Mylabathula: L'une des premières étapes consiste à créer et à mettre en oeuvre un système de surveillance nationale. Je pense que cela peut se faire de multiples façons. Aux États-Unis, par exemple, la NCAA possède la plus grande base de données collégiale sur les blessures. Il y a aussi le système High School RIO — « RIO » est l'abréviation anglaise de « déclaration de renseignements en ligne » — qui est relativement nouveau et qui donne de bons résultats depuis 2005, donc depuis plus de 10 ans. Les données sont très uniformes puisqu'il s'agit d'un échantillon national. Nous pourrions peut-être en tirer des renseignements sur la façon de mettre cela en oeuvre au Canada.

Ce qui est peut-être différent au Canada, c'est qu'au sud de la frontière, la personne qui inscrit les données dans ces deux systèmes est le thérapeute du sport, ce qui n'est pas aussi courant ici, surtout dans les écoles primaires et secondaires en Ontario et ailleurs. Nous devons déterminer comment cela serait mis en place et qui inscrirait les données. Ce genre de systèmes existe déjà, et nous pouvons tirer parti de ce qui a été fait ailleurs et l'appliquer au Canada.

Mme Sandhya Mylabathula: Aussi, pour ce qui est d'examiner la prévention en même temps que la gestion, nous avons délibérément formulé des recommandations exhaustives et générales, car il est important de faire des choses comme le suivi, la prévention et ainsi de suite. Les gens auront encore des commotions, et de toute évidence, certaines personnes en ont déjà. Il est important que nous apprenions quelle est la meilleure façon de gérer cette blessure et de la traiter, et de faire en sorte que l'expérience vécue est la meilleure possible. C'est en fait un domaine très stimulant pour faire de la recherche à ce stade-ci, car nous nous penchons, comme vous l'avez mentionné, sur la fine pointe de ce que nous pouvons faire pour ces personnes.

Dans un des projets auxquels je participe actuellement, nous examinons différents types d'exercices que nous pouvons utiliser pour aider les gens à reprendre leurs activités normales ou à fonctionner encore mieux qu'avant, ce qui est vraiment très intéressant. C'est un domaine dans lequel on a recours à l'exercice, par exemple, plutôt qu'au repos pendant de longues périodes, à différents moyens de gestion propres aux symptômes ressentis, qui peuvent être différents, surtout après trois mois, quatre mois ou davantage.

C'est un domaine sur lequel il est très intéressant pour nous de se concentrer, car les commotions ne vont jamais disparaître complètement. C'est une blessure accidentelle, aussi. Nous devons, bien entendu, faire tout notre possible pour réduire le risque, mais nous ne pouvons pas entièrement prévenir chaque cas, et nous devons donc savoir quelle est la meilleure façon de gérer la blessure.

Mme Swapna Mylabathula: Pour revenir à la question des discussions et de la communication entre les administrations fédérale, provinciales, territoriales, municipales et autres, nous pensons que la communication doit être omniprésente. C'est parce que certaines des mesures prises seront dans le domaine de l'éducation ou de la santé, et ces champs de compétence peuvent différer grandement d'un bout à l'autre du pays. Mais il est important de faire les choses de manière uniformes et normalisées. À défaut de quoi, nous verrons des écarts, ce qui entraîne beaucoup de problèmes en matière de mise en oeuvre. Cette uniformité est donc importante.

Faire de cela le rôle du gouvernement fédéral peut être très important, mais il faut aussi veiller à ce que les organisations communiquent entre elles, comme les organisations sportives et les universités qui pourraient effectuer une partie de l'analyse des

données pour vous donner des réponses sur ce qui devrait être fait ensuite, sur les progrès de l'évaluation et sur les résultats de la politique.

Mme Cheryl Hardcastle: Merci.

Oui, je pense que cela va de soi. Cela fait partie de notre rôle ici, c'est-à-dire veiller à ce que ce soit orchestré à tous les niveaux. Cela m'amène à la vraie question de... Je sais que vous connaissez l'organisme Parachute. Comment pouvons-nous renforcer cela, rendre cela obligatoire? Ou vous pensez peut-être qu'il est malavisé de ma part d'être...

J'essaie d'utiliser quelque chose que nous connaissons déjà, comme Parachute, qui tente de prendre toute l'information de pointe et d'avoir un point de départ. Au bout du compte, c'est volontaire. Si on est membre d'une organisation qui vous demande de procéder ainsi... Ce n'est pas la même chose que ce que vous demandez. Vous dites que vous vous attendez à ce que le gouvernement fédéral, dans notre stratégie, attire l'attention sur certaines mesures qu'il rendra obligatoires.

J'aimerais que vous le souligniez un peu plus, car nous entendons cela dans des domaines très sérieux de l'élaboration des politiques. Même les questions internationales relatives aux droits de la personne peuvent avoir un caractère volontaire. Pouvez-vous expliquer cela un peu plus et peut-être dire à quel égard vous pensez que nous pouvons utiliser l'organisme Parachute comme tremplin?

•(1805)

Mme Swapna Mylabathula: Pour revenir à ce que vous disiez à propos des éléments de politiques qui sont facultatifs plutôt qu'obligatoires, des recherches ont démontré que les éléments facultatifs de certaines politiques et dispositions législatives aux États-Unis ne sont pas mis en oeuvre dans la même mesure que les éléments obligatoires. C'est parce qu'on laisse le choix. Quand on a le choix, la personne de première ligne qui va mettre cela en oeuvre va avoir des priorités concurrentielles. Des choses vont passer à travers les mailles du filet. Quand une chose est obligatoire, vous savez qu'elle va être mise en oeuvre.

Mme Sandhya Mylabathula: Pour faciliter l'application obligatoire, on peut certainement entre autres lier le financement d'une organisation au respect de certaines exigences. Ce ne sont pas des choses qui vont nécessairement demander beaucoup de temps et d'efforts de la part de l'organisation, mais au bout du compte, il y aura de très grands avantages pour les athlètes, ainsi que pour les entraîneurs, l'équipe, le personnel et tout le monde qui intervient là-dessus.

Il faut que ce soit la responsabilité de tout le monde. C'est aussi cela, le changement de culture.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): C'est excellent. Merci beaucoup. Je vous sais gré de vos observations.

Parce que nous sommes un sous-comité, nous avons un peu plus de latitude que d'autres, et j'essaie de donner un petit peu plus de temps aux gens.

J'aimerais souligner qu'à l'arrière de la pièce, nous avons des étudiants de l'Université d'Ottawa et de l'Université Carleton. Ce sont de futurs scientifiques, et je suis ravi qu'ils soient venus pour en apprendre davantage à ce sujet. Je vous remercie de votre présence.

Sur ce, en tant que président, je vais en profiter pour utiliser le temps réservé au Parti conservateur. La greffière va m'interrompre au bout de sept minutes afin que je ne dépasse pas le temps.

M. Blake Richards (Banff—Airdrie, PCC): Je vais surveiller.

Mme Mona Fortier: Ça va aller. Nous vous faisons confiance.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Je vous remercie beaucoup de votre présence ainsi que de votre exposé. C'est vraiment fabuleux, quand on le regarde étape par étape.

Vous avez parlé du coup de fouet cervical et de son effet. Quand j'étais aux études — je ne vous dirai pas il y a combien d'années —, nous avons étudié les blessures par coup et contrecoup, ainsi que la force de la colonne cervicale.

J'aimerais savoir si vous avez examiné cela dans le cadre de votre recherche. D'autres organismes suggèrent le renforcement de la colonne cervicale de nos jeunes athlètes comme mesure préventive pour minimiser les blessures.

Avez-vous quelque chose à dire à ce sujet?

Mme Sandhya Mylabathula: Vous avez mentionné une mesure préventive, mais mon premier commentaire va porter sur la gestion et sur certains éléments de la recherche que je mène en ce moment.

J'ai mentionné que nous avons des exercices pour aider les gens à reprendre leur fonctionnement normal, et l'un des aspects sur lesquels nous nous concentrons est le renforcement du cou et les exercices pour le cou, car même si cela ne fait pas partie de la commotion comme telle, c'est souvent combiné à la commotion: la personne aura des problèmes avec son cou, les muscles du cou et ce genre de choses. C'est un aspect sur lequel nous voulons assurément nous pencher.

Pour ce qui est de la prévention, c'est un domaine qui demeure équivoque dans la documentation, mais il semble que renforcer le cou pour prévenir les commotions serait une bonne chose à explorer.

Mme Swapna Mylabathula: La position étant de ne pas causer de tort, dans la plupart des cas, pour le renforcement du cou... Encore une fois, bien que ce soit équivoque, des recherches soutiennent que les femmes et les filles ont peut-être une masse musculaire moindre dans le cou, et donc, que cela pourrait être une avenue.

Mme Sandhya Mylabathula: Bien entendu, en même temps, certains particuliers, certaines femmes et filles n'ont peut-être pas... Une femme peut avoir une meilleure masse musculaire au cou qu'un homme. Il est donc important de tenir compte du sexe et de tous les facteurs également.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Vous avez mentionné un peu la recherche liée au sexe, et je pense qu'il est important de voir cela et d'en parler. Est-ce quelque chose qui serait recommandé aux organisations sportives, ou pour des sports en particulier? Est-ce que vous verriez cela pour certains sports plus que pour d'autres?

Mme Sandhya Mylabathula: En ce moment, du point de vue de la gestion, je ne peux pas dire que nous ayons assez d'informations pour affirmer que c'est la voie à suivre pour la gestion relative aux femmes par rapport aux hommes, mais il y a des facteurs particuliers qui peuvent s'appliquer à tout le monde et qui peuvent être particulièrement utiles pour les unes et pour les autres.

•(1810)

Mme Swapna Mylabathula: Cela englobe les stratégies de gestion liées à la santé mentale également.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Vous nous avez montré un beau diaporama tout à l'heure, et je vous sais gré de souligner cela. Je me rappelle l'époque où j'étais à l'école, et je vais revenir aux blessures causées par un coup et un contrecoup. Certains théoriciens diraient que c'est une blessure causée par la succession coup-

contrecoup-coup, à cause du fouet cervical. Il y a eu des recherches sur cet aspect.

Pouvez-vous nous dire ce qui arrive au cerveau dans un tel scénario?

Mme Swapna Mylabathula: Ce qui est important, c'est que le cerveau n'est pas fixé et qu'il flotte dans le liquide céphalorachidien. Il va donc heurter les parois et s'endommager. Cette conversation me rappelle celle que nous avons eue récemment à propos des casques. On se demande si les casques peuvent contribuer à prévenir les commotions entre autres. C'est vraiment équivoque. Ils ne sont pas recommandés en ce moment en guise de stratégie de prévention, faute de preuves convaincantes qui permettraient de dire que les casques préviennent les commotions. C'est à cause des aspects physiques des collisions.

Les casques pourraient permettre cela de trois façons, en théorie. La première serait d'absorber l'énergie grâce à une déformation viscoélastique. En ce moment, nous n'avons pas de matériaux pour lesquels il existe des preuves convaincantes permettant de dire qu'ils peuvent absorber assez d'énergie pour prévenir une commotion. La deuxième serait de dissiper l'énergie sur un plus grand espace, ce que font très bien les casques, grâce auxquels une blessure localisée sera plus diffuse, ce qui prévient les fractures, mais pas les commotions lors de blessures plus diffuses de ce genre. La troisième serait de dissiper l'énergie avec le temps. Faire durer l'impact plus longtemps sur un casque pourrait en théorie être très utile, parce qu'ainsi, vous réduiriez bien la force maximale et l'accélération de pointe maximale. En ce moment, nous n'avons pas de preuves convaincantes ou de connaissances concernant des matériaux de capitonnage qui permettraient de dissiper l'énergie sur une période assez longue pour produire cet effet.

Mme Sandhya Mylabathula: Selon certains ouvrages, une protection faciale complète pourrait réduire la gravité des blessures, mais ces ouvrages sont limités. Il faut donc plus de recherche dans ce domaine. Nous ne savons pas non plus quel serait en réalité le seuil — combien de forces g sont nécessaires pour qu'il y ait une commotion, et si cela change d'une personne à l'autre.

De plus, concernant la physiopathologie du cerveau, je crois qu'il faut beaucoup plus de recherche pour vraiment comprendre ce qui se passe. Nous ne comprenons toujours pas complètement ce qui se passe en cas de commotion. Nous savons qu'il y a peut-être un cisaillement des axones du cerveau. Les substances blanche et grise ont des densités différentes et bougent donc différemment. Nous savons aussi qu'il y a des changements biochimiques dans le cerveau qui peuvent causer la mort de cellules et l'inflammation, ainsi que des rejets non contrôlés dans le cerveau qui peuvent donner lieu à des symptômes semblables à des convulsions.

Ce sont toutes les choses qui se produisent — nous le savons — et tout cela peut donner lieu aux symptômes dont nous avons parlé. Il se fait d'excellentes recherches dans le domaine de l'imagerie qui permettraient de voir ce qui se produit.

Mme Swapna Mylabathula: C'est une autre raison d'avoir un centre national d'excellence en recherche sur les commotions.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Dans votre conclusion, vous avez parlé d'une semaine nationale de sensibilisation aux commotions. Dites-nous ce que vous entendez par là. Quel genre d'activités envisagez-vous? S'agit-il simplement de diffuser l'information pour que tout le monde l'oublie ensuite? Qu'avez-vous en tête?

Mme Sandhya Mylabathula: La diffusion de l'information constitue la première étape; cette démarche à elle seule montrera à la population canadienne que le gouvernement fédéral se soucie du problème et admet que c'est une question préoccupante.

Mme Swapna Mylabathula: Et qu'il la prend au sérieux...

Mme Sandhya Mylabathula: On pourrait également tenir des activités coordonnées afin d'informer les Canadiens au sujet des commotions. Un grand nombre d'organisations effectuent déjà ce genre de travail. Nous en faisons également beaucoup à cet égard. En faisant en sorte qu'il y ait un effort coordonné au cours de cette semaine-là, on attirera l'attention des Canadiens pour qu'ils se préoccupent de la question.

Oui, ces démarches pourraient se dérouler au cours de cette semaine-là, mais ce serait des activités récurrentes pour que les gens commencent à considérer que les commotions constituent de véritables blessures dont ils doivent vraiment se préoccuper ou qu'ils doivent lier à quelque chose qu'eux-mêmes ou leurs amis et parents ont vécu. Voilà qui lancera une conservation nationale.

Mme Swapna Mylabathula: C'est une occasion pour ceux qui ne pensent pas quotidiennement au problème d'y porter attention et de s'accorder un temps de réflexion pour penser à ce qu'il signifie pour eux. Je vois cette journée comme le Jour de la Terre, qui vient de se dérouler. Cette journée dédiée à un concept donne lieu à de nombreuses activités. La semaine nationale de sensibilisation aux commotions pourrait s'inspirer de cette journée.

• (1815)

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Merci beaucoup.

Monsieur Fisher.

M. Darren Fisher: Merci beaucoup.

Quelle amélioration au chapitre de la présidence ce soir. Vous accomplissez un travail mirifique.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Vous essayez d'entrer dans mes bonnes grâces.

M. Blake Richards: Voilà qui mérite deux bonnes minutes supplémentaires.

M. Darren Fisher: Il a malheureusement posé un grand nombre des questions que je voulais poser.

Merci beaucoup. J'aurai l'occasion d'examiner les pages que vous avez ici. Je ne sais pas s'il s'agit d'une coquille ou de quelque chose dont nous n'avons pas encore entendu parler, mais il est question de « séquelles ». Je ne pense pas que le Comité ait entendu ce mot. Je pense que c'est peut-être dans votre deuxième diapositive.

Mme Sandhya Mylabathula: C'est ici, dans la diapositive intitulée « Gestion ».

M. Darren Fisher: Peut-être que les autres membres du Comité savent ce dont il s'agit, mais pouvez-vous me dire ce que sont des « séquelles psychologiques des commotions »?

Mme Swapna Mylabathula: Ce sont les conséquences psychologiques ou mentales qui se manifestent après le choc causant une commotion. Il s'agit d'un terme spécialisé.

Mme Sandhya Mylabathula: Cela signifie essentiellement qu'il existe certaines initiatives de sensibilisation — et comme nous l'avons expliqué, il faut faire plus de travail à cet égard —, mais la documentation révèle que peu d'entre elles font explicitement mention des effets des commotions sur la santé mentale. Les gens ne se rendent pas nécessairement compte que c'est quelque chose qui peut arriver, et quand cela se produit, les effets sont pires.

Il faut veiller à ce que les gens soient au fait du problème pour que ceux qui subissent une commotion et ceux qui les entourent sachent quoi faire en pareil cas.

Mme Swapna Mylabathula: Ils doivent savoir comment déceler les commotions et remarquer que leurs pairs en ont subi une.

M. Darren Fisher: Est-ce l'une d'entre vous a déjà subi une commotion?

Mme Sandhya Mylabathula: Non.

M. Darren Fisher: C'est intéressant, car la plupart des témoins qui possédaient un niveau de connaissance avaient acquis ce savoir parce qu'ils avaient subi des effets désagréables de commotions.

Mme Swapna Mylabathula: Notre intérêt découle de notre passion pour le hockey.

M. Darren Fisher: Parfait.

Mme Sandhya Mylabathula: Dans le travail stratégique que nous avons effectué précédemment, nous avons eu la chance de parler à maintes reprises à des Canadiens victimes de commotions, à leur famille, aux soignants et aux professionnels des soins de santé dans diverses provinces du pays...

Mme Swapna Mylabathula: Que ce soit au travail, dans les sports ou dans des loisirs...

Mme Sandhya Mylabathula: ... ainsi qu'à l'échelle internationale.

Ainsi, même si nous n'avons pas personnellement été victimes de commotions, nous avons pu parler à des gens qui en avaient subi une. Nous réalisons aussi des recherches.

M. Darren Fisher: Je ne procède pas dans un ordre précis planifié dans mon esprit, mais je pense que la tenue d'une semaine nationale de sensibilisation est une brillante idée. La Chambre des communes a été saisie d'un projet de loi sénatorial sur une journée de sensibilisation au drépanocyte, dont l'objectif est semblable. Il s'agissait de tenir une conversation nationale sur quelque chose dont on discute rarement à l'échelle du pays. Je suis donc favorable au concept.

Avez-vous une proposition de mesure législative en vue d'adopter une loi fédérale? Est-ce quelque chose que vous pourriez remettre au Comité, à part vos diapositives?

Mme Swapna Mylabathula: Oui.

Mme Sandhya Mylabathula: C'était le projet de loi C-566.

M. Darren Fisher: D'accord.

Était-ce en 2010?

Mme Sandhya Mylabathula: C'était en 2014.

Mme Swapna Mylabathula: Il s'est rendu à l'étape de la première lecture.

M. Darren Fisher: Dans votre exposé, l'une d'entre vous — je vous mélange déjà — a indiqué que le problème des commotions prend de l'ampleur. Je me demande si c'est parce qu'il y a plus de commotions ou parce que nous les décelons davantage. Je n'en suis pas certain. Pourriez-vous nous en dire plus à ce sujet? Le problème prend-il de l'ampleur? Se produit-il plus de commotions qu'avant? Serait-ce à cause de l'équipement de hockey ou parce qu'un gars qui s'entraîne peut-être au hockey en travaillant sur une ferme tout l'été soulève maintenant des poids de 330 livres chaque jour et est maintenant plus costaud, plus rapide et plus fort?

Mme Swapna Mylabathula: Vous avez eu des choix de mots intéressants, mais selon nous, le problème prend de l'ampleur à chaque moment auquel nous ne faisons pas quelque chose à propos des commotions, car elles ont de plus en plus de conséquences. Voilà pourquoi.

Quand il est question de statistiques, la question est intéressante, notamment parce que les commotions sont très sous-déclarées et insuffisamment reconnues, étant donné que ce sont des blessures invisibles et que les gens ont une foule de raisons pour ne pas les signaler. Comme il n'existe pas de système de suivi très solide, nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que les statistiques donnent un tableau fidèle de la situation.

Pour ce qui est des chiffres et de l'évolution des choses au fil du temps, je conviens avec vous que l'augmentation que nous observons... Par exemple, en Ontario, les données issues de la recherche que j'effectue actuellement montrent qu'il s'est produit en 2003 un peu plus de 2 000 commotions par 100 000 enfants et jeunes âgés de 4 à 18 ans, alors qu'en 2017, le nombre de diagnostics de commotion — en utilisant notre définition, car tout dépend de la définition que l'on utilise — était de plus de 4 000 par 100 000 enfants ou jeunes.

M. Darren Fisher: Aucune étude de base n'était effectuée en 2002, n'est-ce pas?

Mme Swapna Mylabathula: Je ne comprends pas ce que vous entendez par là.

M. Darren Fisher: Mon fils joue au hockey, et on n'a commencé à faire des tests de base sur le cerveau des athlètes que lorsqu'il avait 13 ou 14 ans.

• (1820)

Mme Swapna Mylabathula: Oh, d'accord. Oui.

M. Darren Fisher: Je pense qu'on commence maintenant à effectuer des tests quand les enfants sont bien plus jeunes.

Mme Swapna Mylabathula: Oui.

M. Darren Fisher: Vous avez également indiqué...

Mme Swapna Mylabathula: C'est peut-être la raison pour laquelle le chiffre a presque doublé. Les gens sont plus au fait du problème et signalent davantage les commotions. Il y a bien plus de signalements...

M. Darren Fisher: De signalements honnêtes...

Mme Swapna Mylabathula: C'est très encourageant, mais nous savons qu'un grand nombre de commotions ne sont toujours pas signalées. Il y a donc encore du travail à faire.

M. Darren Fisher: Comparativement aux femmes, combien d'hommes ne signalent pas leur commotion parce qu'ils ne veulent pas être mis au repos?

Mme Swapna Mylabathula: Nous ignorons la différence entre les hommes et les femmes.

M. Darren Fisher: On dit qu'ils signalent les commotions plus honnêtement dans le test de base.

Mme Swapna Mylabathula: Habituellement, c'est le cas.

Mme Sandhya Mylabathula: Vous avez raison.

À cet égard, certaines personnes ne veulent pas signaler le problème; leurs commotions ne figurent donc pas dans les statistiques. Nous pouvons toutefois faire des suppositions à ce sujet, et ce sont habituellement les athlètes de sexe masculin qui ne les signalent pas.

Parallèlement, d'autres facteurs entrent également en jeu, comme vous l'avez fait remarquer. Si on s'intéresse à l'équipement et à la manière dont les gens pratiquent leur sport, on observe ce qui s'appelle l'« effet de gladiateur » quand les gens enfilent tellement d'équipement et que ce dernier devient plus dur, plus solide et plus épais...

M. Darren Fisher: L'équipement est en plastique plutôt qu'en cuir.

Mme Sandhya Mylabathula: Exactement.

Mme Swapna Mylabathula: Les sportifs se sentent invincibles.

Mme Sandhya Mylabathula: Exactement. Les gens se sentent invincibles et ont l'impression de pouvoir tout faire sur la glace. On oublie toutefois que la tête reste une tête, et qu'on doit protéger le cerveau qui s'y trouve. Les sportifs portent beaucoup d'équipement, bien sûr, mais ils peuvent quand même subir une commotion. On perd en quelque sorte le sens de la responsabilité à l'égard de son corps et de celui d'autrui.

C'est un autre facteur qui peut entrer en ligne de compte, mais il y a certainement de nombreux facteurs qui contribuent au problème.

Mme Swapna Mylabathula: Il existe d'autres raisons pour lesquelles les gens ne signalent pas les commotions. Par exemple, comme la documentation le démontre, un étudiant-athlète ne voudra pas contrarier son entraîneur ou ses parents, ou perdre l'occasion de recevoir une bourse.

M. Darren Fisher: Ou perdre la bourse qu'il a déjà...

Mme Swapna Mylabathula: Exactement.

Les athlètes ne veulent pas perdre de temps de jeu, car ils s'adonnent à une activité qu'ils adorent, et je suis moi-même coupable, ayant subi une blessure à l'épaule. En outre, ce sont peut-être les éliminatoires et ils ne veulent pas perdre l'occasion d'y participer ou laisser tomber leur équipe.

Il est très utile et important de connaître toutes ces raisons, car nous pouvons alors commencer à nous y attaquer. Si, par exemple, un étudiant-athlète craint de contrarier son entraîneur, nous pouvons résoudre le problème en faisant de la sensibilisation, peut-être quand les deux sont à la même table, afin qu'ils aient une compréhension et des attentes communes en ce qui concerne le signalement des commotions.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Merci beaucoup. Je vous ai accordé du temps supplémentaire.

Nous allons maintenant effectuer des interventions de cinq minutes, en commençant par M. Richards.

M. Blake Richards: Merci.

Monsieur le président, je pense que l'ordre fonctionne très bien, car M. Fisher a posé certaines des questions que je m'apprêtais à poser. En outre, certaines observations ont pavé la voie à ce que je voulais demander. L'ordre fonctionne donc très bien.

Ma première question concerne le traitement médical et les protocoles connexes, et ce qui a changé au cours des ans. Certains députés ici présents ont probablement tenu un certain nombre de séances sur la question, mais comme j'agis simplement à titre de substitut aujourd'hui, je n'en sais peut-être pas autant que certains autres membres du Comité.

En ce qui concerne le traitement médical, je vous raconterai un peu de mon histoire.

J'ai joué au hockey dans ma jeunesse, et je ne saurais dire combien de commotions j'ai subies. À l'époque, on demandait combien de doigts on voyait, et si on répondait correctement, on était de retour sur la glace, peut-être après avoir respiré des sels ou autre chose. D'après mes souvenirs, la seule fois où un équipier a reçu un traitement médical, c'est quand, après la partie, il ne pouvait pas se souvenir de l'équipe qui avait remporté la partie, du pointage ou de la ville où nous nous trouvions, alors qu'il avait été blessé à la deuxième période. Il a été ausculté, mais on ne savait pas quoi faire de lui. Je suis pas mal certain qu'il a joué une partie, peut-être pas le lendemain, mais probablement la semaine suivante.

Je repense à mon fils, qui a maintenant 23 ans. Il avait probablement 12 ans; cela remonte donc à un peu plus de 10 ans maintenant. Il ne s'agissait pas d'une blessure de hockey, mais nous étions à un camp de hockey, où nous étions arrivés quelques jours d'avance. Alors qu'il pratiquait la planche nautique sur un lac, mon fils a subi une commotion. Il s'est alors fait conseiller de faire attention les premiers jours du camp de hockey et que tout devrait bien aller. C'est à peu près tout ce qu'il y avait comme traitement médical à l'époque.

Je serai honnête. Compte tenu de mon expérience à cet égard, quand j'ai subi une commotion lors d'un accident de voiture il y a quelques années, je me suis dit « À quoi bon? Je ne me rendrai pas à l'hôpital. Je vais simplement faire du vélo à l'occasion pour voir comment je vais, jusqu'à ce que j'aille bien, car les médecins ne feront rien de toute façon. »

Je présume que les choses ont changé.

Pouvez-vous m'expliquer brièvement comment les choses se passent quand quelqu'un se présente à l'hôpital pour consulter un médecin en raison d'une commotion? Quels genres de protocoles applique-t-on maintenant?

●(1825)

Mme Sandhya Mylabathula: C'est une excellente question. Dans le domaine du sport, les professionnels des soins de santé appliquent actuellement ce qui s'appelle le cinquième outil d'évaluation de la commotion dans le sport, ou SCAT5. Cet outil comprend un éventail de questions et de tests à passer avec les athlètes afin d'avoir une première impression et de déterminer s'ils ont une commotion ou non s'ils soupçonnent une blessure. Ils prennent ensuite les mesures qui s'imposent.

Si les gens ne sont pas des professionnels des soins de santé, ils peuvent utiliser ce qui s'appelle l'outil de détection de la commotion, qui comprend un protocole semblable. Une personne n'appartenant pas au domaine des soins de santé peut l'utiliser pour tenter de déceler une blessure soupçonnée et agir ensuite en conséquence.

Pour ce qui est de la gestion de la blessure proprement dite, vous reconnaîtrez probablement le concept du repos cognitif et physique complet, lequel constituait la pierre angulaire du traitement. Nous rompons toutefois avec cette pratique, car nous savons que le repos complet, particulièrement sur une période prolongée, peut être très problématique, car il accroît l'isolement et le mécontentement. Toutes sortes de problèmes de santé mentale pourraient ainsi se manifester. À cela s'ajoute un déconditionnement, particulièrement chez les athlètes habitués à faire beaucoup d'exercice, de mouvement et d'activité physique depuis longtemps.

La reprise de l'exercice plus tôt semble être une excellente idée, et bien des travaux sont réalisés à ce sujet. Dans le cadre de certains de mes propres travaux, je cherche à remettre les gens à l'exercice plus tôt au cours de leur période de rétablissement. Dans certains documents, il est même indiqué que plus tôt on reprend l'exercice

aérobique, meilleurs seraient les résultats et plus court serait le temps de rétablissement.

On recourt à divers genres de gestion, de thérapies et d'interventions quand les symptômes persistent, par exemple. Certains symptômes vestibulaires ou oculaires peuvent persister du point de vue de l'équilibre, de la vision et de ce genre de chose. Des thérapies particulières sont mises au point pour ces symptômes, car quelques-uns pourraient se manifester chez certaines personnes, mais la situation peut varier d'un sujet à l'autre.

Mme Swapna Mylabathula: Généralement, ce qui a été décidé au fil des ans, comme vous l'avez probablement constaté, par le groupe de travail international sur les commotions cérébrales liées aux sports, c'est la reprise progressive des activités. C'est le retour au jeu, parce que c'est dans le contexte d'un sport, mais l'idée générale est maintenant de préconiser un retour à ce que vous faisiez, indépendamment de ce que c'était. En milieu scolaire, vous verrez un retour au jeu et un retour aux études aussi.

Vous avez mentionné qu'il arrive parfois que des cliniciens ne sachent pas trop quoi faire, et c'est un peu un problème à certains égards. L'un des éléments dont nous avons parlé est le manque de connaissances des cliniciens et des stagiaires en milieu clinique, et ce n'est pas seulement un problème au Canada. Des études à Singapour, en Croatie et aux États-Unis montrent également que les stagiaires en milieu clinique et les cliniciens n'ont peut-être pas énormément de connaissances sur les commotions cérébrales, parce qu'ils n'ont pas nécessairement été formés à ce sujet. Je crois que nous avons la chance à l'école de médecine de la Toronto University où je fais mes études d'avoir le Dr Charles Tator qui nous permet d'acquérir des connaissances sur les commotions cérébrales; toutefois, ce n'est pas la réalité partout.

Il faut vraiment que les cliniciens aient accès à de la formation uniforme et adéquate qui est axée sur les compétences. Des recherches sont menées à Boston, où il y a un hôpital de soins primaires. Les gens ont constaté que les soins prodigués aux victimes d'une commotion cérébrale après une formation en personne ou en ligne... C'était un programme d'éducation global, et il y avait une amélioration sur le plan des soins aux victimes d'une commotion cérébrale. Bref, c'est même possible dans le cas des cliniciens, qu'il ait été question ou non des commotions cérébrales dans leur formation clinique. Cependant, pour ce qui est de la formation médicale continue, nous devons éviter les types de certification non réglementée pour nous assurer que c'est adéquat, uniforme et axé sur les compétences dans l'ensemble du secteur, mais c'est possible.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Merci beaucoup. Je déteste interrompre les intervenants quand ils nous présentent des renseignements aussi importants.

Monsieur Fergus, allez-y.

M. Greg Fergus (Hull—Aylmer, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci beaucoup de votre présence devant le Comité.

Je ne siége pas normalement au Comité, mais j'ai déjà une commotion cérébrale. J'aimerais vous raconter une petite histoire, parce que je crois que ce sont les gens comme moi qui sont le problème. Ma commotion cérébrale est survenue lorsque je suis tombé en vélo en me rendant au travail. J'avais l'habitude de me dire, avant mon accident de vélo, que bon nombre de ces athlètes professionnels exagéraient et de penser qu'ils ont reçu un coup et que c'est seulement un problème. C'était un bête accident. Je n'ai pas été frappé contre un mur. Je suis seulement tombé de mon vélo et je me suis cogné le menton sur le sol. J'ai été incapable de lire durant une semaine. Je n'arrivais tout simplement pas à me concentrer. C'était difficile. C'était terrible.

J'ai eu droit à une bonne dose d'humilité, mais j'ai aussi réalisé que ce sont les gens comme moi qui sont le problème, soit les personnes qui ne comprennent pas que c'est grave.

MM. Fisher et Richards ont aussi souligné qu'il arrive très souvent que les entraîneurs ou même les athlètes eux-mêmes ne reconnaissent peut-être pas ce qui se passe ou qu'ils en banalisent la gravité. Nous savons maintenant qu'il s'agit d'un traumatisme crânien.

Vous nous avez conseillé de collaborer avec les provinces et d'essayer de le faire aussi avec les établissements d'enseignement. J'ai l'impression que nous devons aller même un peu plus loin pour expliquer à l'ensemble de la population que ce ne sont pas toutes les blessures qui sont visibles. Il y a évidemment des choses que nous ne pouvons pas voir, mais qui ont de graves conséquences physiques et mentales.

Comment pouvons-nous y arriver? Que nous recommandez-vous de faire pour essayer de diffuser ces connaissances générales?

• (1830)

Mme Swapna Mylabathula: Nous aimerions tout d'abord dire que ce sont aussi des gens comme vous qui font partie de la solution. Regardez où vous êtes rendu; vous siégez maintenant au Comité. Merci.

Pour sensibiliser l'ensemble de la population à cette question, les écoles et les organismes de sport sont la voie un peu plus simple, parce qu'il y a une organisation et qu'il y a des normes et une structure qui définissent la manière de communiquer avec les gens. La création d'une semaine nationale de sensibilisation aux commotions cérébrales serait l'une de nos manières de sensibiliser la population en général à la question et d'avoir des échanges pour que les gens qui ne pensent peut-être pas au quotidien aux commotions cérébrales en entendent parler.

M. Greg Fergus: Connaissez-vous d'autres conditions physiques pour lesquelles une recommandation a permis de mener à un réel changement de mentalité sur le terrain dans les écoles et les familles? Y a-t-il d'autres exemples ou pratiques exemplaires que nous pouvons examiner?

Mme Swapna Mylabathula: Le tabagisme est certainement un exemple qui me vient à l'esprit. Ce n'est pas une blessure, mais c'est lié à la santé publique. Le port de la ceinture de sécurité est un autre exemple. Si je ne m'abuse, il y avait aussi une politique sur le port du casque de vélo sur la côte Est. Je ne suis pas spécialiste dans le domaine. Je crois que nous avons déjà eu des politiques, des stratégies et des conversations au Canada que nous pouvons examiner pour nous motiver, nous donner de l'espoir et nous prouver qu'un changement est possible.

Mme Sandhya Mylabathula: Je crois que vous faites valoir un excellent point, parce qu'il faut éduquer l'ensemble de la population. C'est aussi un aspect qui nous intéresse vraiment, parce que ce ne

sont pas seulement les athlètes de haut niveau qui auront des commotions cérébrales. Les victimes de commotions cérébrales dont les gens entendront parler dans les médias seront des athlètes de haut niveau, mais il est bien évident que tout le monde peut être victime de la même blessure. Une partie de nos travaux en matière de promotion des sciences et de sensibilisation en général qui vise davantage l'ensemble de la population peut se faire par l'entremise d'un point central où il y a une sorte de structure qui prend la forme d'une organisation qui a notamment comme objectif de communication de faire de la sensibilisation auprès de l'ensemble de la population.

Par exemple, le Royal Canadian Institute for Science et Parlons sciences sont deux organismes avec lesquels nous avons travaillé, de même que Parachute Canada, mais ces organismes visent la population en général plutôt que les athlètes de haut niveau ou précisément les écoles. Parlons sciences vise également les écoles. Voilà des manières de nous assurer d'avoir une façon de communiquer avec l'ensemble de la population.

Je répète qu'une semaine nationale de sensibilisation aux commotions cérébrales peut aussi être une façon d'y arriver. Nous pourrions avoir une conversation à l'échelle nationale, attirer l'attention sur cet enjeu et nous assurer que les Canadiens savent que le gouvernement considère que c'est une préoccupation et que nous devons en parler.

Mme Swapna Mylabathula: Je tiens à répéter qu'il n'est pas nécessaire de réinventer la roue. Il y a des organismes qui font déjà de la sensibilisation auprès de la population et qui sont déjà reconnus. Les gens se tournent déjà vers ces organismes. Ces organismes ont déjà un public. Bref, comme nous le mentionnions plus tôt, le gouvernement fédéral peut établir des partenariats non seulement avec les organismes provinciaux et territoriaux de sport, mais aussi avec des organismes de communication dans le domaine des sciences qui ont déjà les publics cibles que le gouvernement cherche à viser avec la politique.

[Français]

M. Greg Fergus: Merci beaucoup.

J'aimerais céder la parole à Mme Hardcastle afin qu'elle ait plus de temps pour ses questions, s'il lui en reste.

Le vice-président (M. Robert Kitchen) Merci, monsieur Fergus.

[Traduction]

Pour conclure cette partie, vous avez trois minutes, madame Hardcastle.

Mme Cheryl Hardcastle: Merci beaucoup.

Je vais essayer d'être rapide. Je sais que c'est un nouvel enjeu et que cela évolue rapidement. Je ne crois donc pas que nous ayons le meilleur modèle pour le déploiement des protocoles dont vous parlez. Vous avez mentionné dans votre conclusion le conseil gouvernemental sur les commotions cérébrales. Je vois davantage une sorte de commissaire ou de secrétariat qui serait épaulé par un organe administratif. De toute façon, le point a davantage trait à...

Comme c'est financé par l'État, j'aimerais revenir sur la stratégie canadienne sur les commotions cérébrales qui a été élaborée par Parachute. En Ontario, il y a la Loi Rowan qui comprend un protocole obligatoire. La loi ontarienne pourrait-elle être mise en oeuvre en suivant les lignes directrices canadiennes sur les commotions cérébrales de Parachute ou y a-t-il des lacunes? Est-ce qu'il y a certaines contradictions?

• (1835)

Mme Swapna Mylabathula: Certainement.

L'élaboration de la Loi Rowan se poursuit pour déterminer exactement la manière de la mettre en oeuvre partout en Ontario. Son prédécesseur, la Note Politique/Programmes n^o 158, est actuellement mis en oeuvre dans l'ensemble des écoles. Cela met l'accent sur le milieu scolaire en Ontario — les écoles publiques et catholiques, les écoles primaires et secondaires —, et je crois que cela favorisera l'adoption généralisée de lignes directrices harmonisées, comme celles de Parachute. Je ne vois aucune contradiction à ce chapitre. Là où cela devient une question, je crois que c'est au sujet de la mise en oeuvre et de la pertinence pour un public cible donné.

Mme Sandhya Mylabathula: J'aimerais ajouter que nous pouvons mettre en oeuvre la loi ontarienne partout au Canada, mais il est important de tenir compte, par exemple, du facteur culturel et d'autres types de facteurs qui sont importants pour chaque province et chaque territoire, parce que la situation ne sera pas nécessairement chaque fois la même que celle en Ontario. Nous devons prendre l'idée générale de ce qui s'y trouve pour déterminer la manière de l'adapter à un contexte donné et aussi évidemment communiquer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas pour que cela évolue, parce que c'est un dossier qui évolue.

Mme Swapna Mylabathula: Notre vision est en fait de déployer quelque chose de semblable au pays dans chaque province et territoire.

Mme Cheryl Hardcastle: Parfait. Merci.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Merci beaucoup.

Au nom du Comité, je tiens à vous remercier toutes les deux de votre excellente présentation aujourd'hui, de l'information que vous nous avez donnée et de la grande quantité de renseignements importants dont vous nous avez fait part. Nous vous en sommes grandement reconnaissants.

Mme Sandhya Mylabathula: Merci.

Mme Swapna Mylabathula: Merci beaucoup.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Nous prendrons une pause de cinq minutes pendant que le prochain témoin s'installe.

• (1835)

_____ (Pause) _____

• (1840)

Le vice-président (M. Robert Kitchen): D'accord. Nous reprenons nos travaux.

Je souhaite la bienvenue à M. Gordon Stringer, qui est le père de Rowan Stringer, qui est décédée en 2013 après avoir subi une blessure à la tête en jouant au rugby. M. Stringer fait la promotion de la sensibilisation et de l'éducation à l'égard des commotions cérébrales.

Monsieur Stringer, je vous souhaite la bienvenue au Comité et j'ai hâte d'entendre votre exposé. Merci énormément de votre présence.

• (1845)

M. Gordon Stringer (à titre personnel): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie le Comité, en particulier M. Fisher, de m'avoir invité à témoigner devant le Comité.

Comme vous l'avez mentionné, ma fille Rowan est décédée en mai 2013 à la suite d'un coup qu'elle a reçu en jouant au rugby au sein de l'équipe de son école secondaire. Elle a encaissé un coup lors d'une partie le 8 mai, soit un mercredi. Elle a perdu conscience sur le

terrain et elle a été transportée à l'hôpital pour enfants ici à Ottawa. En dépit de toutes les interventions que le personnel pouvait faire — c'est un établissement de calibre mondial, et nous savons qu'elle a reçu d'excellents soins —, elle a succombé à ses blessures le dimanche 12 mai.

Depuis, nous sommes très actifs en particulier en vue d'acquérir des connaissances au sujet des commotions cérébrales. J'aurais probablement pu écrire sur un papillon adhésif ce que je savais au sujet des commotions cérébrales avant que cela arrive à Rowan. Je suis considérablement mieux renseigné maintenant sur la question.

Environ deux ans après sa mort, soit en mai 2015, une enquête du coroner a eu lieu ici à Ottawa pour examiner les renseignements relativement à ce qui lui est arrivé avant d'être victime de la commotion qui lui a été fatale. Cette enquête a été demandée par le Dr Charles Tator, et je crois comprendre que Charles a déjà témoigné devant le Comité. À l'époque, je ne connaissais pas du tout le Dr Tator. J'ai vraiment appris depuis le rôle instrumental qu'il a joué dans tout cela. C'est un homme incroyable.

À la suite de cette enquête, le jury a formulé 49 recommandations, et je dois dire qu'il s'agissait de recommandations très judicieuses. Ce qui est malheureux avec les enquêtes, c'est que les autorités ne donnent pas nécessairement suite à ce qui en ressort. Je ne le savais pas à l'époque. Je croyais naïvement que nous avions 49 recommandations et que nous les mettrions en oeuvre. Ce n'est pas nécessairement le cas.

J'ai communiqué avec mon député provincial à l'époque et je lui ai demandé ce que nous pouvions faire pour mettre en oeuvre ces recommandations.

Un projet de loi d'initiative parlementaire a été présenté à Queen's Park, et cette mesure était parrainée par un député de chacun des trois principaux partis. Le projet de loi a été adopté à l'unanimité à Queen's Park, et c'était la première loi sur les commotions cérébrales au Canada. Cependant, cette première mesure législative visait seulement à former un comité qui devait conseiller le gouvernement ontarien sur la meilleure manière de mettre en oeuvre ces 49 recommandations.

J'ai siégé à ce comité en compagnie de spécialistes. C'était tout un honneur de siéger à la même table que ces personnes, et un grand nombre de ces gens ont témoigné ici: Eric Lindros, Charles Tator, Paul Hunter, et j'en passe.

Un an plus tard, ce comité a publié son rapport sur la création de la Loi Rowan. C'est accessible en ligne. Ce rapport contenait 21 mesures pour le gouvernement de l'Ontario. La première était la création de la Loi Rowan, qui a été adoptée en mars de l'année dernière. En plus de l'adoption de cette loi, le comité proposait la création de la Journée de la Loi Rowan, qui a lieu chaque année le dernier mercredi de septembre en Ontario.

La première Journée de la Loi Rowan en Ontario a eu lieu le 26 septembre dernier. La participation du milieu de l'éducation, du milieu de la santé et du milieu sportif à l'occasion de cette journée a été exceptionnelle.

• (1850)

J'ai été encouragé d'entendre les témoins précédents parler de la création d'une semaine de sensibilisation. Je crois que ce serait formidable. Si cette idée se concrétise, je propose que le choix de la semaine coïncide avec la Journée de la Loi Rowan, qui est en vigueur en Ontario. Nous nous sommes justement assurés que la Journée de la Loi Rowan tombe un jour où rien d'autre n'est prévu.

En outre, c'est au début de l'année scolaire, si bien que les écoles, les équipes sportives, etc. ont l'occasion de lancer des discussions sur l'histoire de Rowan, les commotions cérébrales, les protocoles et tout le reste, pour que les enfants entament leur année scolaire et leurs activités sportives en gardant à l'esprit ces renseignements et ces connaissances de base, en fonction de leur âge, bien entendu. Il est impossible d'utiliser la même approche pour tout le monde. On ne peut pas enseigner à un élève de troisième année la même information qu'à un élève de neuvième année. Il faut que les connaissances de base soient adaptées.

Nous avons maintenant un groupe de travail qui a été établi en Ontario. J'ai eu, encore une fois, l'honneur d'être invité à siéger à ce groupe de travail, qui s'efforce actuellement d'aider le gouvernement à appliquer le reste des mesures de suivi qui n'ont pas encore été pleinement mises en oeuvre en Ontario.

J'ai été ravi d'apprendre que, la semaine dernière, le gouvernement de l'Ontario a lancé un appel aux observations sur les règlements, le code de conduite, etc., ce qui permettra de donner suite à certaines des mesures. Les gens ont jusqu'au 14 avril pour transmettre leurs observations sur ces aspects du projet de loi.

Au cours des six dernières années, j'ai appris d'autres choses dont vous avez sûrement déjà entendu parler, mais je vais les réitérer.

Il existe des lacunes dans le système de traitement ou le système de gestion au Canada pour les gens qui ont subi une commotion cérébrale et qui souffrent du syndrome post-commotion cérébrale. Ces lacunes finissent par être comblées, mais malheureusement, il ne s'agit pas nécessairement de bonnes solutions. J'ai entendu certains parler de l'émergence d'une industrie artisanale liée aux commotions cérébrales, où il suffit d'afficher une enseigne et de déclarer avoir une expertise en la matière. Lorsque les gens ne peuvent pas accéder aux soins primaires, secondaires ou tertiaires dont ils ont besoin, ils iront consulter n'importe quelle ressource qui est disponible, et ce n'est pas forcément une bonne chose.

Il faut absolument que les fournisseurs de soins de santé de première ligne, surtout les cliniciens et les médecins de famille, mettent à jour leurs connaissances sur les commotions cérébrales. Vous avez sans doute entendu dire que 70 à 80 % des commotions cérébrales seront généralement réglées à l'intérieur de — selon la personne à qui vous parlez — quatre à huit semaines.

Ce sont ces personnes qui doivent consulter leur médecin de premier recours, et les spécialistes en soins primaires doivent être en mesure d'effectuer un triage. Ils doivent ensuite avoir les connaissances nécessaires pour déterminer s'ils pourront soigner ces patients ou s'ils doivent plutôt les aiguiller vers d'autres services de soins. Cependant, si l'aiguillage s'avère nécessaire, il existe une énorme lacune au chapitre des installations appropriées où les patients peuvent aller ou des cliniques multidisciplinaires où ils peuvent être traités.

Au cours des six dernières années, j'ai également appris que chaque commotion cérébrale est unique. Il y a une myriade de problèmes et de combinaisons. On parle d'une constellation de problèmes. Vous n'avez pas nécessairement un ou deux symptômes; vous en avez six ou sept. Vous pourriez ne présenter qu'un symptôme ou deux, mais ils devront tous, tôt ou tard, être traités.

• (1855)

Cela dit, nous avons déjà d'excellents exemples de ce genre d'installations au Canada, comme Concussion North, à Barrie, sous la direction de la Dre Shannon Bauman. C'est une excellente installation. Je crois d'ailleurs que la Dre Bauman a déjà témoigné devant vous. Il y a aussi le Dr Michael Ellis, de la Pan Am Clinic, à

Winnipeg. Il y a des spécialistes à Calgary. On trouve des cliniques à Toronto et à Montréal, à McGill, ainsi qu'à Laval.

Il existe donc des exemples, mais nous devons les reproduire. Les gens doivent être en mesure d'y avoir accès lorsqu'ils en ont besoin, au-delà des soins primaires. Ici, à Ottawa, nous avons une clinique au CHEO, dirigée par le Dr Goulet. Il a désespérément besoin d'élargir sa capacité. Pour ce faire, il a besoin de soutien financier. Il fait de son mieux pour les enfants, mais ce n'est pas assez. Il n'a pas... Le problème de capacité dans l'ensemble du Canada est un autre aspect dont il faut s'occuper.

Je pense que je vais m'arrêter là pour l'instant. Je serai heureux de répondre à vos questions sur ce qui a été dit.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Merci, monsieur Stringer, de votre témoignage utile. Nous vous en sommes très reconnaissants. Nous espérons que vous pourrez nous en dire plus durant la période des questions. Je vous en sais gré.

Madame Fortier.

Mme Mona Fortier: Merci beaucoup d'être ici et de nous faire part de votre témoignage. Honnêtement, je préférerais que vous nous disiez quelles autres solutions le gouvernement fédéral devrait envisager. Si vous avez des recommandations précises dont nous pourrions tenir compte, je serai heureuse de les entendre.

M. Gordon Stringer: Eh bien, d'après mon expérience de travail au sein du gouvernement fédéral, notamment 12 ans auprès du ministère de la Santé, je sais que le domaine de la santé soulève des questions de compétence. Cela dit, je crois sincèrement que le gouvernement fédéral, en sa qualité de principal bailleur de fonds, peut exercer une influence sur ce qui se passe à l'échelon provincial.

Nous avons maintenant la Loi Rowan en Ontario. Au cours des prochaines années, toutes les mesures de suivi seront mises en oeuvre, entre autres pour combler les lacunes en matière d'éducation dans le domaine médical. C'était d'ailleurs l'une des recommandations: veiller à ce que les professionnels de la santé aient une formation à jour, laquelle devrait faire partie des programmes d'études dans les écoles de médecine. Ce serait particulièrement le cas en Ontario, mais je crois qu'il faut appliquer cette initiative à l'ensemble du pays, en plus d'offrir plus de formation en la matière, surtout aux urgentologues, aux médecins de famille et aux cliniciens — bref, aux intervenants de première ligne, c'est-à-dire ceux qui sont les premiers à traiter les enfants et les autres patients.

À mon avis, la Loi Rowan propose un modèle qui peut être reproduit partout au Canada, dans chaque province. Nous avons vécu une tragédie. Une enquête a été menée, et des recommandations ont été formulées. Pendant un an, des experts se sont réunis pour parler des meilleures façons de s'y prendre. Des mesures de suivi ont été présentées. Aujourd'hui, nous avons un gouvernement qui s'emploie à mettre en oeuvre toutes ces mesures de suivi.

Il n'est pas nécessaire d'adopter une approche universelle, comme les témoins précédents l'ont dit, mais je pense que nous avons un modèle. Le gros du travail a déjà été fait. Selon moi, il devrait être relativement facile de le reproduire, en tenant compte, bien entendu, des circonstances uniques de chaque administration. Cela se comprend, mais je pense que la feuille de route est établie, comme c'est le cas pour bon nombre des cliniques multidisciplinaires qui doivent être reproduites dans tout le système afin d'améliorer l'accès.

Le modèle est là, dans la Loi Rowan. Je travaille maintenant à encourager les autres provinces et administrations à adopter quelque chose de similaire, qu'il s'agisse d'une loi, d'une politique ou d'un règlement. Peu m'importe la forme que prendra une telle mesure, pourvu qu'elle incarne le même esprit et la même force. Je crois que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle pour encourager l'adoption de ce genre de mesure partout au pays.

● (1900)

Mme Mona Fortier: Compte tenu du travail qui est accompli en ce moment en Ontario — je n'ai pas passé en revue toute la documentation —, savez-vous si la Loi Rowan fera l'objet d'une évaluation d'ici quelques années pour voir si d'autres mesures s'imposent? Comme vous le dites, c'est un modèle. Y a-t-il un exercice pour s'assurer que cette loi sera soumise à un examen ou à une révision?

M. Gordon Stringer: Oui. Il faudra produire des rapports annuels. La recommandation initiale était d'en publier un tous les deux ans, mais à l'issue du processus de consultation publique, nous avons opté plutôt pour des rapports annuels qui porteront sur les progrès accomplis et les résultats obtenus au regard des mesures de suivi. Je crois qu'il peut également s'agir d'un processus en évolution constante. Ainsi, certains des éléments obligatoires, les portails d'information, etc., pourront continuer à évoluer. Ils seront mis à jour à mesure que nous obtiendrons de meilleurs renseignements.

Nous voulons surtout faire en sorte que ces portails soient ceux que les gens consultent. Une des choses que l'enquête a révélées, c'est que Rowan avait fait une recherche sur les commotions cérébrales dans Google, mais l'information obtenue ne lui était d'aucune utilité. Ce n'était pas ce dont elle avait besoin. Nous devons nous assurer que les premiers résultats qui s'affichent lorsque les gens font une recherche sur les symptômes d'une commotion cérébrale sont des sites comme le portail du gouvernement, où ils pourront trouver les renseignements les plus fiables, les plus récents et les plus à jour. Les gens en quête d'information sur ce sujet doivent voir apparaître des sites comme Parachute parmi leurs résultats de recherche. Il faut déployer des efforts pour veiller à ce que les gens aient accès non seulement à la bonne information, mais aussi à celle qui est la plus à jour. Parallèlement, on pourrait mener un programme de messages d'intérêt public pendant une semaine consacrée à la sensibilisation aux commotions cérébrales. Il y a de nombreuses façons de s'y prendre.

Il est très important que les gens obtiennent la bonne information lorsqu'ils font des recherches.

Mme Mona Fortier: Merci.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Monsieur Richards.

M. Blake Richards: Tout d'abord, je pense pouvoir parler au nom de tous en vous exprimant nos plus sincères condoléances. Je tiens aussi à vous féliciter du courage dont vous avez fait preuve en essayant de faire quelque chose de constructif, à partir d'une horrible tragédie que vous et votre famille avez vécue, afin d'aider d'autres personnes. Voilà qui demande beaucoup de courage, et c'est quelque chose qui mérite absolument d'être félicité. Merci pour cela.

M. Gordon Stringer: Merci. Je vous en suis reconnaissant.

M. Blake Richards: J'aimerais commencer par une question qui, je crois, sera très difficile. Elle risque d'être pénible, mais je vais la poser quand même. Si vous ne vous sentez pas à l'aise d'y répondre, ce n'est pas grave, mais je crois que c'est une question importante parce qu'elle va vraiment au cœur du problème. Y a-t-il quelque chose qui aurait pu empêcher le décès de votre fille, si nous en

savions plus sur les commotions cérébrales — si quelqu'un était mieux informé à ce sujet ou s'il y avait une ressource qui n'existait pas alors, mais qui aurait dû exister?

M. Gordon Stringer: Absolument.

M. Blake Richards: Pourriez-vous peut-être expliquer les leçons précises que nous devons tirer pour empêcher que d'autres subissent ce que vous avez vécu? Je sais que c'est une question très difficile, mais je sais que vous êtes bien conscient de son importance.

M. Gordon Stringer: Ce n'est pas la première fois qu'on me pose cette question.

Le médecin spécialiste qui a participé à l'enquête sur le décès de Rowan était le Dr Charles Tator. Une de ses conclusions — celle qui m'interpelle et qui me motive tous les jours — était la suivante: « La mort de Rowan Stringer aurait pu être évitée. »

En rétrospective, il y a eu plusieurs signes durant la période du 3 au 8 mai, lorsqu'elle a subi trois coups à la tête, et des interventions auraient pu être faites à ce moment-là si les gens avaient été mieux informés ou s'ils avaient pu reconnaître ou voir ce qui s'était passé. Elle a encaissé un coup lors d'un match le vendredi après-midi. Ma femme et ma fille y étaient présentes. Il s'agissait d'un tournoi. Or, elles n'ont pas vu l'incident parce qu'elles étaient parties au Tim Hortons — comme le font les Canadiens — et, à leur retour, Rowan avait été retirée du jeu. Elles n'en avaient rien pensé. C'était le dernier match du tournoi. Rowan avait joué toute la journée. Personne ne leur a dit quoi que ce soit. Rowan n'a rien dit sur la raison pour laquelle elle avait été retirée du jeu. À cet instant précis, quelqu'un aurait pu dire quelque chose, mais personne ne l'a fait.

Le lendemain, Rowan avait un mal de tête. Cela lui arrivait souvent. Ce n'était donc pas quelque chose d'inhabituel. Elle a pris des médicaments — Advil, ou peu importe. Le jour suivant, elle allait bien. Le dimanche, tout était parfait. Elle était revenue à son état normal; elle se sentait bien. La possibilité d'une commotion cérébrale ne nous avait même pas traversé l'esprit.

Elle a joué un autre match le lundi avec l'école. Apparemment, elle a alors reçu un coup de genou à la tête. Encore une fois, les entraîneurs ne nous ont rien dit. Rowan ne nous a rien dit non plus. Nous n'étions pas sur place. Lorsqu'elle est rentrée à la maison, elle avait un énorme bleu sur le mollet. Bien entendu, une commotion cérébrale est invisible aux yeux de tous. Nous avons plutôt mis l'accent sur l'ecchymose mauve sur sa jambe. Nous lui disions: « Eh bien, tu sais, tu devrais soigner cette blessure. » Voilà le genre de choses que je lui disais. Il n'y a eu aucune mention de coup à la tête. Personne n'a rien dit.

Le mardi, elle est allée passer son examen de conduite. Elle a échoué, ce qui m'a vraiment surpris. Elle était une très bonne conductrice. J'étais persuadé qu'elle allait réussir l'examen avec brio, sans aucune difficulté, mais elle l'a raté. C'était un peu consternant, mais il arrive que des jeunes ratent leur examen de conduite. Cela n'a rien d'inhabituel. C'était une situation fâcheuse pour Rowan, mais rien ne nous a mis la puce à l'oreille, étant donné le peu de connaissances que nous avions à l'époque.

Ce qui est intéressant, c'est que l'évaluateur de son examen de conduite a été convoqué à témoigner dans le cadre de l'enquête. Il a dû se reporter au dossier pour présenter les résultats de Rowan, et il a affirmé que s'il avait vu ces résultats aujourd'hui, sans connaître l'identité de la personne, il se serait dit — en s'appuyant sur ses nombreuses années d'expérience — que c'était probablement une personne âgée qui essayait de conserver son permis. Il y avait eu des erreurs de jugement caractéristiques d'une personne incapable de faire preuve de discernement et de prendre de bonnes décisions par rapport à la distance, aux repères visuels, etc. C'était, en soi, très révélateur.

Rowan avait envoyé des messages textes à ses amies leur disant qu'elle avait peut-être subi une commotion cérébrale ou leur demandant si c'était effectivement le cas. Elle ne le savait pas. Personne ne le savait. Une de ses amies lui a répondu qu'elle avait elle-même subi des commissions cérébrales et que lorsque cela arrive, on le sait d'emblée — il n'y a aucun doute là-dessus. Eh bien, Rowan ne le savait pas. Elle n'en était pas sûre. D'autres amies lui ont dit de jouer le prochain match et que si son état ne s'améliorait toujours pas, elle devrait alors peut-être consulter quelqu'un.

Le volet éducation vise tout le monde — enfants, amis, entraîneurs, et j'en passe —, l'objectif étant de fournir davantage de renseignements et d'améliorer la capacité de reconnaître les signes. Il s'agit d'en parler à quelqu'un et de dire qu'une personne a reçu un coup à la tête afin qu'on puisse l'examiner ou la retirer du jeu pour telle ou telle raison — peu importe.

● (1905)

En y repensant avec un peu de recul et les idées claires, il y a eu beaucoup d'occasions d'intervenir. Une chose qui s'est produite pendant son dernier match, c'est que le plaquage qu'elle a subi était illégal. C'était un plaquage en fronde. Rowan portait le ballon. Elle a été attrapée par son maillot et projetée par tournoiement, ce qui n'est pas permis selon les règles du jeu. La fille qui a fait le plaquage avait fait la même chose à une autre joueuse plus tôt dans la partie. L'arbitre s'est contenté de lui donner un avertissement. Elle aurait dû recevoir une pénalité ou, possiblement, être expulsée du match. Il y a des règlements et vous devez les appliquer. Selon ces règlements et ces lois, elle aurait dû être pénalisée. Si elle l'avait été, si elle avait été retirée du jeu, il y a de fortes chances que Rowan n'aurait pas reçu ce plaquage que la fille avait donné à une autre joueuse, ce plaquage qui a provoqué sa mort.

Avec le recul, on s'aperçoit qu'il y a toutes sortes d'aspects où nous aurions pu intervenir. Cela ne dépend pas seulement des autres, mais de nous aussi. Nous y repensons sans arrêt et nous nous disons qu'il y a eu tellement d'autres fois...

Excusez-moi.

● (1910)

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Vous n'avez pas à vous excuser.

M. Gordon Stringer: Si nous avions su, nous aurions pu faire quelque chose.

Le mercredi matin, lorsque je l'ai déposée à l'école, mes derniers mots à Rowan ont été... Rappelez-vous que nous étions toujours concentrés sur le genou. J'ai dit: « Tu sais, tu devrais peut-être penser à ne pas jouer aujourd'hui. Ton genou n'a pas l'air très bien. » J'ai eu la réponse typique: « Oh allez, papa, j'ai joué avec des blessures à l'épaule. Je me sens bien, et mon genou ira bien » et tout ça.

Il y aurait eu beaucoup d'occasions d'intervenir. Si les gens avaient eu les connaissances, le jugement et l'éducation nécessaires, le

dénouement aurait certainement pu être différent. L'enquête a débouché sur un grand nombre de recommandations à ce sujet. La Loi Rowan a retenu bon nombre d'entre elles, en particulier en ce qui concerne l'éducation, la sensibilisation et la prévention.

Il doit y avoir un changement culturel. Ce que j'ai appris au cours des six dernières années, c'est qu'il ne faut pas compter sur les sphères du sport professionnel pour qu'elles ouvrent la voie, ce qui est dommage. Le rugby a fait un assez bon travail auprès des joueurs, et Rugby Canada en particulier. Paul Hunter et les gens de Rugby Canada ont fait un travail extraordinaire depuis ce qui est arrivé à Rowan, mais ils n'ont pas fini. Ils cherchent constamment à s'améliorer.

Je ne peux pas dire la même chose de beaucoup d'autres sports. Je pense qu'ils font de petits pas dans la bonne direction, et j'espère que la Loi Rowan de l'Ontario les incitera à faire de plus grands pas, mais il faut vraiment que ce soit un changement culturel qui vienne de la base. C'est la raison pour laquelle je souhaite si ardemment que ces considérations soient intégrées au système d'éducation, aux sports communautaires.

Ce sont les enfants qui, avec le temps, vont concrétiser ce changement. Ils vont passer par un système qui leur dira qu'il est important de prendre soin de son cerveau, que ce sont des choses qu'il faut surveiller — pour soi-même, pour ses coéquipiers, pour sa famille et pour ses amis — et qu'il faut se faire entendre si l'on voit quelque chose se produire.

C'est comme cela que des choses comme le recyclage ont pris forme. Ce sont les enfants qui rentraient à la maison et qui disaient: « Pourquoi mets-tu cela à la poubelle? Mets-le plutôt avec le recyclage. »

Ce sont eux qui vont mener la charge, mais c'est un enjeu de longue haleine. À court terme, nous devons éduquer tout le monde. Comme nous l'avons dit au comité consultatif, il faut vraiment un village dans ce cas-ci. Tout le monde doit embarquer: les parents, les administrateurs, les arbitres, les instructeurs, les entraîneurs, les athlètes et les amis. Tout le monde doit être d'accord, participer activement et accepter de voir les choses en face.

On ne peut pas compter sur l'athlète qui a une blessure au cerveau pour dire qu'il a un problème. Comme nous l'avons vu dans l'affaire Rowan, son jugement n'est pas nécessairement juste. Il n'aura peut-être pas toutes les facultés nécessaires pour prendre une décision de lui-même. Il lui faut quelqu'un d'autre pour parler en son nom.

● (1915)

M. Blake Richards: Merci de votre témoignage. Je sais que peu importe le nombre de fois où vous avez dû le faire avant, ce n'est pas facile. Or, sachez que votre contribution signifie beaucoup pour nous et qu'elle fait une différence, alors merci.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Madame Hardcastle, c'est à vous.

Mme Cheryl Hardcastle: Combien de temps me reste-t-il, une minute ou deux?

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Vous avez le temps de poser une ou deux questions. Nous allons laisser courir pour cette fois.

Mme Cheryl Hardcastle: Je vous en suis reconnaissante.

Vous savez, Gord — si vous permettez que je vous appelle Gord —, votre conviction est si admirable. Je ne veux pas devenir trop émotionnelle, et nous allons essayer de ne pas nous égarer du sujet, mais disons que nous avons compris le message. De plus, comme vous le savez, l'histoire de Rowan et votre passion pour cet enjeu ont vraiment beaucoup motivé la présente étude. C'est quelque chose qui explique en grande partie ce que nous faisons ici, c'est-à-dire de parler du rôle du gouvernement fédéral à cet égard.

Si nous pouvions discuter de cela un moment comme vous l'avez très bien fait tout à l'heure, quel est, à votre avis, le rôle que le gouvernement fédéral devrait jouer? Chaque province devrait-elle avoir sa propre loi Rowan pour mettre en oeuvre quelque chose à l'échelle régionale et provinciale, et devrait-il ensuite y avoir une loi fédérale? Je présume simplement, parce que vous avez évoqué votre carrière professionnelle, que vous devez avoir quelques notions administratives sur ce que nous devrions faire pour optimiser les mesures que nous avons prises et celles qui suivront.

M. Gordon Stringer: Je pense que les mesures qui ont été prises, particulièrement le travail fédéral-provincial-territorial sur les commotions cérébrales, constituent un très bon premier pas. Solliciter la participation de tous ces organismes nationaux de sport — les ONS — à tout cela et faire en sorte qu'ils s'entendent sur quelque chose... Il faut que ça arrive. Ils doivent en être les moteurs. Ce qui me préoccupe, c'est ce qui se passera après et avec quelle efficacité et quelle efficacité cela va se faire. Ce que j'ai remarqué en Ontario, du moins à mon avis, c'est que les organismes provinciaux de sport semblent avoir un meilleur mécanisme pour faire passer les choses au niveau communautaire. S'en remettre aux organismes nationaux de sport n'est peut-être pas le meilleur choix pour l'instant, mais il est certain qu'ils devront s'y rallier. À tout le moins, je crois qu'ils doivent surveiller ce que font leurs organismes provinciaux et veiller à ce qu'ils relaient les messages.

Pour ce qui est du rôle du gouvernement fédéral, étant donné les divisions administratives que l'on connaît, je suis convaincu que le fait d'avoir quelque chose dans chaque province et territoire est sans doute la meilleure façon de procéder. Il serait probablement bon que le gouvernement fédéral nous donne un point de vue très global — un portrait pris à 30 000 pieds de hauteur — sur les choses qu'il aimerait voir se produire et qu'il préconise. Je pense néanmoins que nous en aurons plus pour notre argent si chaque province et territoire adopte une loi semblable à celle de la Loi Rowan, ou quelque chose du genre, et ce, quelle que soit la façon dont chacun voudra la mettre en oeuvre sur son territoire.

Je vois un rôle pour le gouvernement fédéral. Il pourrait, par exemple, diffuser des messages d'intérêt public. Si vous organisez une semaine pour sensibiliser les gens au sport ou si vous faites la promotion du sport, arrangez-vous pour que cet aspect fasse partie de votre message; que cela fasse partie de vos campagnes de promotion de la santé; qu'il y ait un portail fédéral où les gens auront accès aux meilleurs renseignements à cet égard, aux renseignements les plus pertinents. Je pense qu'il faut vraiment que le gouvernement fédéral appuie la recherche. Nous sommes chanceux que le Dr Michael Strong de l'Université Western soit maintenant aux Instituts de recherche en santé du Canada. Il a été un défenseur acharné et très important du travail effectué dans le domaine des commotions cérébrales. J'espère qu'il continuera de l'être dans son rôle là-bas et que nous verrons une augmentation du financement dans ce domaine ou un financement mieux ciblé.

Pour ce qui est de la recherche sur les commotions cérébrales, le Canada ne donne pas sa place. Toutes proportions gardées, nous nous démarquons à l'échelle mondiale. Nous avons des gens

incroyables qui travaillent ici, à Calgary, dans l'Ouest, à Toronto, à McGill, à Laval, etc. C'est incroyable ce que le Canada fait dans ce domaine. Si vous regardez la participation et la composition des comités qui ont pris part à la conférence de consensus de Berlin, vous verrez que le Canada est bien au-delà de ce qu'on pourrait attendre d'un pays de notre taille, du moins du point de vue démographique. Ces gens font un travail incroyable et ils doivent être soutenus.

● (1920)

Ce qui est révélateur, c'est que la Ligue nationale de football a récemment accordé une énorme subvention aux gens de Calgary pour travailler là-dessus. Le fait que Calgary ait obtenu la deuxième plus importante subvention de la ligue en dit long sur la qualité du travail qui se fait ici, au Canada. Il faudrait vraiment que ces travaux soient appuyés, parce qu'il y a tellement de questions sans réponse. Nous avons là une occasion de devenir des chefs de file dans ce domaine. Nous sommes des chefs de file dans bien des domaines maintenant, et nous pouvons continuer de l'être.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Monsieur Fisher, vous avez la parole.

M. Darren Fisher: Merci, monsieur le président.

Merci, monsieur Stringer. Je ne pourrais pas faire ce que vous avez fait.

Le modèle est là. Vous dites que vous travaillez avec d'autres provinces. Comment jugez-vous votre réussite? Avez-vous parlé à la Nouvelle-Écosse?

M. Gordon Stringer: Non, je n'ai pas parlé à la Nouvelle-Écosse, même si je sais qu'il y a de l'intérêt là-bas.

M. Darren Fisher: Je serais heureux de pouvoir vous prêter main-forte.

M. Gordon Stringer: J'ai travaillé — je ne peux pas dire de près — avec des gens du Manitoba. Le Dr Michael Ellis a beaucoup de choses en marche dans cette province. Il y a eu déposition d'un projet de loi, mais je ne crois pas qu'il ait dépassé l'étape de la première lecture. D'après ce que j'ai compris, on attendait de voir ce que la Loi Rowan allait donner en Ontario. J'espère qu'il va y avoir un nouvel élan et qu'ils iront de l'avant.

J'ai commencé à parler à certaines personnes en Alberta. Je sais qu'il y a un intérêt populaire en Colombie-Britannique, mais le gouvernement ne semble pas y être réceptif.

M. Darren Fisher: Êtes-vous satisfait de la façon dont la Loi Rowan est écrite? Êtes-vous satisfait des recommandations et des 21 mesures de suivi? Êtes-vous satisfait de la façon dont elles sont mises en oeuvre, malgré le fait qu'il y ait eu un changement de gouvernement entre-temps? Êtes-vous satisfait des progrès réalisés à ce jour?

M. Gordon Stringer: À toutes ces questions, la réponse est oui.

M. Darren Fisher: C'est donc un modèle que nous voulons voir appliqué à l'échelle du pays.

M. Gordon Stringer: Je crois qu'il vaudrait la peine d'y penser sérieusement. J'ai été ébahi par les recommandations de l'enquête. Les cinq membres du jury étaient tous d'Ottawa. Ce qu'ils ont produit était si judicieux qu'on pouvait voir à quel point ils se sont investis dans leur travail et le niveau d'attention dont ils ont fait montre. Encore une fois, l'appui de l'Assemblée législative provinciale a été incroyable. J'aimerais que les choses bougent plus vite que ce que nous voyons tout le temps.

•(1925)

M. Darren Fisher: Mais vous connaissez le gouvernement.

M. Gordon Stringer: Étant donné mon expérience au gouvernement, je sais que les choses prennent du temps. L'appui unanime de l'Assemblée législative a été énorme, et il s'est maintenu après le changement de gouvernement. La première Journée de la Loi Rowan s'est tenue durant la première année du nouveau gouvernement provincial. D'après toutes les indications que j'ai eues jusqu'ici, le nouveau gouvernement est en train de faire avancer ce dossier. Lors de ladite journée, j'ai eu l'occasion de rencontrer le premier ministre à Queen's Park. Il m'a donné sa parole qu'on donnerait suite à cette promesse et, d'après ce que je peux voir, elle est en train d'être tenue. Les choses n'avancent pas aussi vite que je le voudrais, bien sûr, mais c'est en train de se produire.

Je crois que les mesures de suivi portent sur une bonne partie, sinon sur la totalité des questions qui doivent être abordées en matière de législation, de sensibilisation, d'éducation, de prévention, de gestion, de traitement et de surveillance. Tous les morceaux sont là. Il faudra du temps pour tout mettre en oeuvre, ce qui est tout à fait compréhensible. Les choses ne peuvent pas se faire du jour au lendemain. En examinant le rapport, vous constaterez qu'une grande partie de ce qui doit être abordé en dehors de la recherche est abordée ici, et que l'on en parle d'une façon qui va vraiment au coeur des problèmes.

M. Darren Fisher: Me reste-t-il encore un peu de temps?

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Vous avez 15 secondes.

M. Darren Fisher: En 15 secondes, je ne pourrais même pas effleurer le sujet que je comptais aborder.

Merci, monsieur.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Merci.

Je suis le suivant sur la liste pour poser une question. Je vais en poser une très brève, puis nous allons passer au suivant. Je vous remercie de votre témoignage.

Vous avez parlé de Rowan et des gens qui n'ont pas fait ce qui aurait dû être fait pendant ces quatre ou cinq jours. Beaucoup de témoins que nous avons reçus nous ont parlé de la collecte de données et d'une application susceptible de faire cette collecte. Pour autant que je le sache malgré mon âge avancé, le problème avec cela c'est que l'intelligence de l'ordinateur n'est jamais que l'égal de celle de la personne qui le programme. Une organisation appelée Complete Concussion Management dispose d'une application qui permet de faire la saisie immédiate de ces informations et d'essayer de protéger la confidentialité des renseignements personnels. Par exemple, si quelqu'un a une commotion cérébrale au rugby, c'est inscrit. Les renseignements personnels sont protégés, mais l'instructeur d'une équipe de hockey peut maintenant avoir accès à ce programme et découvrir que telle ou telle personne qui s'apprête à commencer la saison de hockey a eu une commotion cérébrale pendant la saison de rugby.

À mon avis, c'est un élément précieux, mais comment pouvons-nous assurer la confidentialité des renseignements personnels de quelqu'un afin d'éviter que d'autres les utilisent à tort et à travers, le cas échéant?

M. Gordon Stringer: Je ne peux vous dire quoi que ce soit au sujet de l'application dont vous parlez.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Je n'ai utilisé cela qu'à titre d'exemple. Nous savons qu'il existe d'autres applications de la sorte.

M. Gordon Stringer: Je sais qu'il y a des fabricants de logiciels qui ont de l'expérience dans ce domaine. Je ne sais pas si j'ai le droit d'en mentionner un en particulier.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Je pense que oui.

M. Gordon Stringer: L'une de celles qui sont venues et qui ont présenté un exposé au comité consultatif est une entreprise nommée PRIVIT. Elle fait aujourd'hui affaire dans de nombreuses administrations aux États-Unis. L'idée est qu'elle préserve la confidentialité et que ses logiciels peuvent être utilisés dans tous les sports. J'estime que la clé n'est pas nécessairement l'application ou le programme, mais la cohérence. Si vous adoptez quelque chose, cela doit fonctionner sur toutes les plateformes, ou tout le monde doit adopter un mode particulier, sans quoi le système tombera en panne. Vous pouvez mettre en oeuvre des vérifications et des contrôles exigeant que les personnes donnent leur consentement avant que l'on puisse partager leurs renseignements avec un autre organisme sportif, par exemple. Je pense qu'elles peuvent être intégrées à un système de ce type.

D'ailleurs, l'une des recommandations formulées aujourd'hui était que le gouvernement envisage une solution de ce type — c'est-à-dire, la façon d'améliorer la surveillance et le suivi des données, etc. L'une des études qui, je suppose, sera réalisée dans le cadre de la mise en oeuvre de ces mesures consistera à étudier un système de ce type et à déterminer ce qu'ils pensent être la meilleure solution à ce problème tout en tenant compte, bien entendu, des préoccupations liées à la protection des renseignements personnels.

•(1930)

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Merci beaucoup.

Monsieur Longfield.

M. Lloyd Longfield (Guelph, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci pour votre intéressant témoignage. Je ne suis qu'un remplaçant au sein de ce comité, mais je pense à d'autres études auxquelles j'ai participé. J'ai également pris part à des études sur la santé mentale. Le développement du cerveau est l'un des sujets qui ont été étudiés de différentes façons. Le cerveau des personnes âgées de moins de 25 ans continue de se développer. Le cerveau des jeunes est plus sensible à certaines choses, notamment aux drogues, à la dépendance ou aux chocs dont nous parlons.

La recherche sur les cellules souches est un domaine dans lequel le Canada joue un rôle de chef de file. Je suis très intéressé par le rôle que le gouvernement canadien peut jouer en vue de faciliter le dialogue ou l'établissement de cadres ou de financements pour les IRSC ou autres. Cette question a été posée d'autres façons aujourd'hui, mais je pense, par exemple, à la Loi sur le cannabis que nous avons présentée. Nous savons que le développement du cerveau ne correspond pas encore tout à fait à notre loi, mais nous essayons de faire en sorte que cette dernière atteigne au moins les jeunes de 18 ans et moins. C'est un exemple. De même, dans notre dernier budget, nous avons introduit des lignes de prévention du suicide dans tout le Canada. Le gouvernement fédéral intervient donc dans les domaines intergouvernementaux pour lesquels nous avons établi un cadre.

Il semble que vous avez établi un cadre très solide en Ontario. Cette question a été posée d'autres façons, mais est-ce le cadre que nous devrions étudier en premier? Ou bien les possibilités liées aux recherches sur les cellules souches? Ou le financement? Ou encore les règlements sur le matériel sportif devant être porté jusqu'à un certain âge, comme le matériel de protection de la tête pour la boxe ou d'autres parties du corps qui subissent des chocs?

M. Gordon Stringer: Votre question est très vaste.

M. Lloyd Longfield: Je sais. Désolé, et nous n'avons pas beaucoup de temps. Je m'excuse.

M. Gordon Stringer: Je pense que le cadre, le modèle, est ici important parce qu'il concerne un grand nombre de problèmes qui doivent être réglés. Si la Loi de Rowan pouvait être mise en oeuvre au niveau fédéral et appliquée à l'ensemble des provinces et des territoires, cela serait formidable.

M. Lloyd Longfield: Vous voulez dire pour ce qui est de la réglementation?

M. Gordon Stringer: Je veux dire pour ce qui est de la réglementation, des politiques, de tout ce qui doit être mis en place pour régler les problèmes actuels. Je ne suis pas certain que le champ d'intervention du gouvernement fédéral puisse atteindre le même niveau que celui des provinces en matière de santé et d'éducation, sauf pour ce qui est de l'influence, et non pas pour dire « Voici ce que nous allons faire. »

Pour ce qui est de l'équipement, j'hésite à en parler en raison du type de blessure que constitue une commotion cérébrale. À l'heure actuelle, il n'existe aucun équipement, malgré ce que l'on prétend au sujet des protège-dents et autres. L'autre jour, quelqu'un faisait la promotion d'un bandeau anti-commotion cérébrale. Si vous étudiez le mécanisme de cette blessure, ces bandeaux ne vont pas prévenir une commotion cérébrale. Il n'existe actuellement aucun casque qui puisse prévenir ces blessures. Une fracture du crâne, peut-être, mais il n'existe rien, aucun équipement... Le décès de Rowan a suscité l'indignation générale: Pourquoi ne portaient-elles pas de casque? Cela n'aurait fait aucune différence. Il n'aurait servi à rien de porter un casque. Cela n'aurait pas empêché une commotion cérébrale. J'estime qu'il est inutile de commencer à parler de certains types d'équipement. Nous ferions fausse route.

Nous devons éduquer les gens sur la technique « reconnaître et faire sortir », pour nous assurer que lorsqu'un athlète subit un choc, il ne soit même pas nécessaire de réaliser l'évaluation médicale. Si

vous pensez qu'il est possible qu'une personne ait une commotion cérébrale, elle sort du terrain; elle sort de la patinoire; elle sort du match jusqu'à ce qu'un médecin décide qu'elle peut recommencer à jouer.

• (1935)

M. Darren Fisher: Elle vient de subir le choc.

M. Gordon Stringer: Si vous avez un entraîneur sportif ou autre sur la ligne de touche... Voilà un autre sujet qui devrait, selon moi, être étudié: le fait que des entraîneurs sportifs soient présents aux matchs. Ces personnes sont formées pour reconnaître les commotions cérébrales et prendre ces décisions, et pour s'assurer que les athlètes sont soignés correctement.

J'estime que la clé est de faire en sorte que toutes les personnes présentes sur les lieux — les entraîneurs, les parents, les athlètes et les représentants — soient en mesure de déterminer qu'il pourrait s'agir d'une commotion cérébrale et que la personne doit sortir du terrain et être soignée. S'il ne s'agit pas d'une commotion cérébrale, tant mieux, mais si c'est le cas... Le syndrome du second impact est ce dont a souffert Rowan. Elle a subi un troisième choc avant que les deux premiers aient eu le temps de guérir, et cela a abouti à cette catastrophe. Il ne faut pas nécessairement qu'il y ait deux chocs; il peut y avoir un choc suivi d'un autre, qui cause le problème.

J'estime que les solutions sont vraiment l'information et le fait de disposer des ressources nécessaires et de l'adhésion des personnes concernées pour que, lorsqu'une personne subit un choc qui pourrait avoir engendré une commotion cérébrale, elle sorte jusqu'à ce qu'elle soit autorisée à recommencer à jouer.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): Merci beaucoup.

Merci pour vos déclarations et pour le courage avec lequel vous travaillez pour cette question et informez le public. Vous le faites également parce que vous informez les Canadiens à ce sujet précis. L'information, l'information, l'information. C'est un aspect important, en particulier dans ce domaine, alors merci pour cela.

Je sais que mes collègues ici présents se joignent à moi pour vous remercier d'avoir été avec nous aujourd'hui, d'avoir présenté votre exposé et d'avoir répondu à nos questions. Nous vous en sommes très reconnaissants. Merci beaucoup.

M. Gordon Stringer: Merci beaucoup.

Le vice-président (M. Robert Kitchen): 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>