

Traduit à partir de la version originale anglaise

Le 25 juillet 2007

Monsieur Michael B. Murphy  
Ministre de la Santé  
Province du Nouveau-Brunswick  
C.P. 5100  
Fredericton (Nouveau-Brunswick)  
E3B 5G8

**Objet : Élaboration d'un réseau de traumatologie provincial pour le  
Nouveau-Brunswick**

Monsieur le Ministre,

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion d'examiner le document intitulé « Élaboration d'un réseau de traumatologie provincial – Recommandations au ministre de la Santé, province du Nouveau-Brunswick », daté du 5 avril 2007. Ce document vous a été présenté par le Hay Group à la suite d'un examen exhaustif des soins de traumatologie actuels et futurs dans la province du Nouveau-Brunswick. Selon mes expériences comme chef de file d'un programme actif de traumatologie en Ontario, je crois que vous êtes arrivé à un moment opportun et propice pour mettre sur pied un réseau provincial complet de soins de traumatologie desservant les adultes et les enfants victimes de traumatismes au Nouveau-Brunswick.

Mon impression générale du document Hay Group est que le document est bien rédigé et couvre des aspects bien précis et détaillés du réseau de traumatologie provincial. Si j'ai une critique par rapport au document c'est au sujet des lignes directrices de l'Association canadienne de traumatologie (ACT) mentionnées dans le texte. Elles ont été révisées, mises à jour et acceptées récemment par l'ensemble des membres de l'ACT en mai 2007. À l'heure actuelle, si vous faites mention de ces nouveaux critères d'agrément (que j'ai annexés pour que vous puissiez les consulter), vous verrez qu'il existe maintenant cinq niveaux d'agrément (niveaux I à V) lorsqu'il s'agit de désignation d'hôpital à l'intérieur d'un réseau inclusif de traumatologie concernant les soins de traumatologie dans n'importe quelle province.

Dans les lignes directrices de 2007 de l'ACT, l'accent est mis sur l'élaboration et l'agrément d'un réseau inclusif de traumatologie provincial au lieu d'un réseau exclusif. Dans les réseaux inclusifs, tous les hôpitaux recevront une désignation concernant la capacité de dispenser des soins en tenant compte du fait que les patients victimes de traumatismes effectuent un passage rapide dans le réseau de soins hospitaliers pour ensuite se rendre dans un établissement qui soit plus approprié et plus près, capable de répondre à leurs besoins en matière de soins. Les politiques sont établies à l'échelle provinciale lorsqu'il s'agit de déterminer le rôle que tiendra chaque hôpital dans la province pour ce qui est de la gestion des adultes et des enfants victimes de traumatismes. Elles guident et aident rapidement les fournisseurs de soins préhospitaliers à transporter le bon patient à l'endroit approprié en temps opportun. Un tel réseau est conçu en vue d'éviter que tous les patients traumatisés, peu importe la gravité, aboutissent à des hôpitaux de niveau I (un réseau exclusif). Il existe de la documentation médicale qui soutient l'idée que les réseaux inclusifs sauvent des vies et atténuent la morbidité. Je pense également qu'un réseau inclusif élimine la plupart des problèmes rattachés au fait que les grands centres hospitaliers offrent trop peu d'accès approprié et les petits centres, beaucoup trop. C'est un défi que doivent affronter la majorité des réseaux de soins de traumatologie au Canada et aux États-Unis.

Je voudrais souligner le rôle que le comité directeur provincial devrait jouer dans l'élaboration d'un réseau de traumatologie pour ce qui est de la réorganisation des soins de traumatologie au Nouveau-Brunswick. Je copréside ce comité en Ontario (le Réseau provincial de traumatologie) (voir le bulletin d'information de l'ACT, été 2006, sur le site Web de l'ACT si vous voulez obtenir une description et une liste des réalisations accomplies en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario [SSLDO]). Le comité directeur provincial du Nouveau-Brunswick nouvellement créé sur la traumatologie doit s'occuper essentiellement de cinq tâches principales, notamment :

- 1) l'élaboration et la gestion des politiques, des protocoles et des procédures pour les soins de traumatologie cliniques (préhospitaliers, hospitaliers et posthospitaliers) dans les hôpitaux des provinces, y compris la désignation de tous les hôpitaux de la province basée sur les lignes directrices de l'agrément actuellement établies par l'ACT;
- 2) la formation des fournisseurs de soins de santé dans le domaine de la traumatologie;
- 3) l'encouragement de la recherche dans ce domaine qui serait propre au Nouveau-Brunswick;
- 4) la direction de la prévention des traumatismes au Nouveau-Brunswick (une fois de plus, d'après mon expérience, chaque province possède ses propres difficultés à cet égard);
- 5) l'établissement d'une base de données appropriée (aussi appelée registre) des patients victimes de traumatismes et soignés dans le réseau du Nouveau-Brunswick. Une base de données efficace (facilement accessible et à jour) compilée sur plusieurs années peut jouer un rôle très important pour

éclairer et orienter l'élaboration d'une politique d'intérêt public dans le domaine des traumatismes.

J'encourage vivement le comité directeur provincial à entreprendre ces cinq activités pour diriger la mise sur pied du réseau.

Le document du Hay Group ne traite pas de la question importante du volume de patients traumatisés et des résultats pour le patient, et comme j'ajouterais maintenant, dans le cadre d'un réseau inclusif de soins de traumatologie. Bref, le volume de cas de patients traumatisés au Nouveau-Brunswick est trop petit (évalué à moins de 400 patients gravement blessés par année?) pour atteindre ce qu'il convient d'appeler le seuil critique pour obtenir des résultats optimaux à quelque centre hospitalier que ce soit, seuil qui, on estime, se situe autour de 500 à 700 patients par année selon la plupart des spécialistes dans ce domaine. Cela ne signifie pas que l'excellence dans les soins de traumatologie ne peut pas être atteinte dans les centres ayant des petits volumes. Mon expérience dans un centre à petit volume démontre que l'on peut obtenir d'excellents résultats pour le patient dans les centres qui gèrent environ 200 patients gravement blessés par année. Des réseaux appropriés, de la technologie médicale et du personnel aux endroits appropriés, le dévouement et l'engagement à l'égard du patient traumatisé peuvent amener le réseau et les centres individuels aux niveaux de l'excellence clinique dans les soins de traumatologie. À cette fin, dans la mesure du possible, la province du Nouveau-Brunswick doit s'efforcer de gérer la plupart des patients gravement blessés dans les centres de niveau I. Je suis conscient de la particularité que cela représente pour les organes directeurs, étant donné la géographie (et parfois les conditions météorologiques) du Nouveau-Brunswick. Je suis également sensible à la nature bilingue de cette province, mais j'ajouterais poliment que, dans de telles circonstances, l'excellence des résultats pour le patient devrait l'emporter sur les questions linguistiques. Cet aspect n'est pas un défi unique au Nouveau-Brunswick. Nous avons un problème similaire (bien que probablement moins important) en Ontario où il faut offrir des services linguistiques en français (et dans certains cas en anglais) aux patients traumatisés dans des hôpitaux où prédomine l'une ou l'autre des langues officielles.

Dans mon examen du document présenté au Ministre, il y a tout un débat sur l'actuelle capacité que possèdent certains hôpitaux d'avoir un réseau de traumatologie réellement intégré et inclusif dans la province, mais cette capacité est basée sur les anciennes lignes directrices de l'ACT. Je n'écarterais pas l'importance d'un tel document sur la capacité, même si elle est basée sur des critères un peu désuets. Le document fournit un répertoire à jour des hôpitaux sur lequel se fonde la discussion sur les ressources. Il m'apparaît évident qu'il y a un hôpital au Nouveau-Brunswick qui fonctionne actuellement près ou au niveau I. Il s'agit de l'Hôpital régional de Saint John. Il remplit la majorité des critères de la désignation du niveau I dans un réseau inclusif. En examinant de plus près le document sur les ressources, force est de constater que l'Hôpital de Moncton et l'Hôpital Dr-Georges-L.-Dumont ont un rôle important à jouer, ainsi que les autres hôpitaux dans la province tels que le Centre de réadaptation Stan-Cassidy à Fredericton. L'Hôpital de Moncton et l'Hôpital Dr-Georges-L.-Dumont

fonctionneraient comme un hôpital de niveau II. Le Comité directeur provincial doit se charger de traiter du lien entre l'Hôpital régional de Saint John et l'Hôpital de Moncton ou l'Hôpital Dr-Georges-L.-Dumont. Je vois la nécessité d'élaborer des politiques et des procédures guidant le transfert de certains patients qui profiteraient des soins cliniques à l'Hôpital régional de Saint John au lieu de séjourner à l'Hôpital de Moncton ou à l'Hôpital Dr-Georges-L.-Dumont. Compte tenu également de la disparité géographique du Nouveau-Brunswick avec les défis propres aux régions du Nord et les conditions météorologiques qui sont souvent imprévisibles (comme dans d'autres régions du Canada), il est fort possible que des patients gravement blessés dans la région d'Edmundston, de Campbellton et de Bathurst se rendraient vers l'est à Halifax ou vers l'ouest au Québec, réduisant ainsi davantage le nombre de patients gravement blessés soignés dans les hôpitaux du sud, soit l'Hôpital régional de Saint John et l'Hôpital de Moncton ou l'Hôpital Dr-Georges-L.-Dumont.

Partout au Canada, nous avons relevé des défis cliniques particuliers dans le soin des patients blessés gravement. Ils comportent habituellement des cas cliniques où le volume varie entre petit et très petit, nécessitant du personnel médical et infirmier hautement spécialisé ou de la technologie très particulière. Comme il est admis dans le document, certains de ces patients ont peut-être besoin d'être soignés (avec des contrats négociés pour les soins de santé) à l'extérieur de la province du Nouveau-Brunswick en collaboration avec les réseaux de soins de santé des provinces du Québec ou de la Nouvelle-Écosse. Certains des cas peuvent être soignés au sein du réseau de soins de traumatologie du Nouveau-Brunswick. Il s'agit habituellement de patients provenant ou ayant :

1. des soins de traumatologie pédiatriques;
2. des traumatismes médullaires complexes, surtout chez les patients invalides;
3. des fractures buccales ou maxillo-faciales complexes;
4. des fractures pelviennes et acétabulaires complexes;
5. des traumatismes au thorax ou à l'aorte;
6. des brûlures importantes chez les adultes et les enfants.

Je pense que le document essaie de s'attaquer à bon nombre de ces problèmes, mais il est important de ne pas les perdre de vue, compte tenu de la technologie spécialisée (traumatismes à l'aorte et drains endovasculaires ou accès à la chirurgie cardiaque ou vasculaire, problèmes cliniques familiaux à la population de patients susmentionnée) et des unités de soins complexes telles que la gestion des patients brûlés qui sont parfois requises pour soigner ces patients.

Encore une fois, merci de m'avoir accordé la possibilité de faire des commentaires au sujet de ce document. Je pense que le Nouveau-Brunswick serait mieux servi en créant un réseau inclusif ayant la désignation des niveaux I à V pour tous les hôpitaux de la province. Je serais heureux de pouvoir discuter de cette question avec vous ou avec vos collègues du Nouveau-Brunswick à une date qui nous conviendrait mutuellement.

Veillez considérer ces réponses comme étant mon opinion personnelle et non celle du réseau de traumatologie provincial de l'Ontario. Pour votre gouverne, j'ai inclus ci-joint mon curriculum vitæ à jour ainsi que les critères de désignation des niveaux d'hôpital établis par l'Association canadienne de traumatologie datant de mai 2007. Les lignes directrices complètes d'agrément de l'Association canadienne de traumatologie peuvent être obtenues au site Web de l'ACT à l'adresse : [www.traumacanada.org](http://www.traumacanada.org).

Veillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

Murray J. Girotti, B.Sc., M.D., FRCSC, FACS  
Professeur de chirurgie, École de médecine et de médecine dentaire Schulich, et  
directeur médical du programme de traumatologie  
London Health Sciences Centre/Children's Hospital of Western Ontario  
London (Ontario)

p.j.