

# Le Réseau Prévention Main Ile de France. Cinq ans d'expérience d'un réseau de soins en traumatologie

## Hand prevention network Ile de France. A five-year experience of a health network dedicated to hand trauma

Thierry Dubert.

### Mots clés

- ◆ Réseau de soins
- ◆ prévention main
- ◆ traumatisme main
- ◆ coordination

### Résumé

Les traumatismes de la main sont un enjeu majeur de santé publique du fait de leur fréquence (1,4 millions chaque année) et de leur retentissement socioprofessionnel (25 % des accidents de travail avec arrêt de travail). Depuis sa création en 2003, le Réseau Prévention Main Ile de France (RPMIDF) est financé par l'URCAM et l'ARH. L'objectif de ce réseau -appuyé sur les travaux entrepris par la Fédération Européenne des Services d'Urgences Mains (FESUM)- vise principalement à améliorer trois volets de la prise en charge : l'orientation des patients en urgence par la formation des urgentistes et la validation de protocoles d'orientation avec les pompiers et le SAMU ; la qualité des soins secondaires par la formation et la validation de protocoles pour les kinésithérapeutes et les infirmières ; l'accompagnement psycho-socioprofessionnel grâce à des consultations médico-psychologiques gratuites. Le réseau nous a permis de mieux contrôler certains facteurs clés de la réinsertion : la dimension psychologique, la douleur « chronicisée », les problèmes administratifs et le retard à la reprise d'activité. Depuis 2003, 1 200 patients ont été inclus et 1 600 informés. Le réseau compte 720 professionnels adhérents et a signé 47 conventions de partenariat. Trois projets complémentaires sont en cours : une étude des facteurs de risque liés aux maladies professionnelles en partenariat avec l'institut de veille sanitaire (IVS), la constitution d'un Groupement de communauté sanitaire (GCS) et l'union des Réseaux Prévention Main (URPM) au plan national.

### Keywords

- ◆ Health Care Network
- ◆ hand prevention
- ◆ hand trauma
- ◆ coordination

### Abstract

Hand trauma is a major public health issue because of its frequency (1.4 million each year in France) and social impact (25% of accidents leading to some financial compensation). Since its foundation in 2003, the Hand Prevention Network Ile de France (RPMIDF) has been funded by regional public health bodies. The objectives of this network -based on previous works of the European Federation of Hand Emergency Units (FESUM)- target the development of four aspects of hand trauma management: accident prevention, patient orientation through specialized training of the emergency doctors and providing validated protocols for first aid teams, secondary care quality through specialized training of physiotherapists and nurses and the development and validation of available protocols, psycho-social support through free medico-social and psychological consultations. The network helps resolving the "key" issues hindering the re-integration process; psychological blocks, pain "chronicity" and administrative difficulties.

Since 2003, 1200 patients have been included and 1600 have been informed by the network without formal inclusion. The network includes 720 professional members, and 47 partnership agreements have been signed. Three projects have been undertaken: a study of the risk factors for occupational diseases in collaboration with the Institut de Veille Sanitaire (InVS), building of a «Groupement de communauté sanitaire (GCS)» and setting of a Union of Hand Prevention Networks on a national scale.

Les réseaux de santé sont un des éléments importants de la restructuration des soins dans notre pays. La loi, depuis le début des années 1980, apporte un cadre légal à l'organisation des soins en réseau entre la ville et les établissements (qu'ils soient privés ou publics). De nombreuses pathologies bénéficient déjà de ce type de prise en charge organisée (diabète, bronchiolite, soins palliatifs...). Dans le domaine de la chirurgie et de l'urgence, ce type de réseau est très peu développé. Les avantages d'une meilleure coordination des soins, allant de la prévention jusqu'à la réinsertion professionnelle semblent pourtant évidents. Dans le contexte actuel, la construc-

tion d'un réseau de soins nous a semblé une opportunité exceptionnelle de développer un projet et de le faire financer par une structure publique. Nous présentons le bilan de 5 ans d'expérience du Réseau Prévention Main Ile de France.

### Pourquoi un Réseau Prévention Main?

L'objectif du réseau est d'optimiser la prise en charge coordonnée des patients souffrant de traumatismes de la main et

### Correspondance :

Thierry Dubert. Clinique La Francilienne, 16 avenue de l'Hôtel de Ville, 77340 Pontault-Combault.  
Email : thierrydubert@gmail.com

du membre supérieur, y compris les pathologies professionnelles, en Ile de France.

Le principe d'un réseau de soin est « *de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins...* » (extrait de Art. L. 6321-1, chapitre V, art 84). Les critères de qualité, d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux sont fixés par voie réglementaire (Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002). Les directeurs des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et les directeurs des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) sont chargés d'instruire les demandes de financement imputables sur cette dotation (Art 36. L. 162-43 à L. 162-46).

L'enjeu des traumatismes de la main et du poignet est loin d'être négligeable. Qu'il s'agisse d'accidents du travail ou domestiques, le retentissement de ces lésions est préjudiciable aussi bien à la victime qu'à la collectivité. L'indemnisation (arrêt de travail et séquelles) représente 80 % du coût des soins (1-10). Le coût global de l'ensemble de ces lésions traumatiques de la main est important, ce d'autant que la prise en charge initiale n'a pas été adaptée au mieux et qu'il reste des séquelles indemnifiables. Les accidents de la main représentent 25 % des accidents de travail ayant donné lieu à un arrêt de plus d'un jour (4, 8). Les sommes versées pour leur indemnisation sont considérables quand on sait que les prestations versées pour la branche Accidents de Travail (AT) - Maladie Professionnelle (MP) s'élevaient à 5,3 milliards d'euros dont 3,2 milliards versés pour les incapacités permanentes partielles (IPP).

Le coût moyen d'un AT avec IPP de plus de 9 % est de 85 405 euros tandis que celui avec une IPP de moins de 10 % (payée en capital) n'est que de 1 479 euros, soit un rapport de 1 pour 57 (6). Ces chiffres donnent une idée de ce que représente la différence de coût en fonction de la qualité des traitements. Lorsque les séquelles sont indemnisées au-delà de 10 %, le coût est considérable. En pratique, après une plaie des deux tendons fléchisseurs bien prise en charge suivie d'une bonne rééducation, le résultat est parfois proche d'un doigt normal avec reprise d'un travail de force à 3 mois. En cas de lâchage de suture ou de raideur, l'arrêt de travail sera d'au moins 6 mois, laissera des séquelles et oblige parfois à un reclassement professionnel.

L'objectif du réseau est de diminuer les coûts globaux par une amélioration de la prise en charge à tous les stades du parcours du patient.

## Historique et développement des réseaux Prévention Main en Ile de France

Le financement par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) a été accordé en 2003 au Réseau Prévention Main Ile de France Est. L'année suivante, le même financement a été accordé pour le Réseau Prévention Main de Ile de France Ouest (RPM IDF ouest). Ces deux réseaux -qui avaient quasiment le même type de fonctionnement- ont naturellement fusionné en 2007. Actuellement, le budget du Réseau Prévention Main Ile de France (RPMIDF) est d'environ 375 000 euros/an, alloué par le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) avec une pérennité de 3 ans renouvelable. Le RPMIDF a obtenu le prix de l'innovation de l'Union régionale des médecins libéraux (URML) en 2008.

## Structure et fonctionnement du réseau

Le réseau est dirigé par un bureau et un conseil d'administration composés exclusivement de professionnels de santé. Tous sont volontaires et bénévoles. Une équipe de salariés à temps plein est composée d'une coordinatrice, de deux assistants médicosociaux et de deux psychologues. Des consultations médico-socio-psychologiques sont assurées régulièrement dans les centres accrédités par la Fédération des Services d'Urgences Main (FESUM) d'Ile de France (5 centres privés et 3 centres publics hospitalo-universitaires).

Les patients peuvent être inclus par tout professionnel de santé membre du réseau. Le patient reste libre de ses choix. Actuellement, 1 503 patients sont suivis par le réseau, 35 nouveaux patients sont inclus en moyenne tous les mois. Les attentes des patients au moment de l'inclusion sont principalement liées à des difficultés socioprofessionnelles (fig. 1).

À ce jour, le réseau compte 794 professionnels adhérents et 49 conventions ont été signées avec des établissements (CHG, CHU, APHP, CRAMIF, cliniques, associations de médecins du travail, structures de maintien dans l'emploi...). Les acteurs du réseau s'engagent à une charte qualitative sur la prise en charge des patients qui leur sont confiés.

## Principes d'amélioration et moyens utilisés par le réseau

Quatre phases sont bien définies en fonction du parcours du patient : la prévention, le tri en urgence, les soins secondaires après l'intervention et les conséquences socioprofessionnelles.

### La prévention primaire des accidents

C'est bien sûr le moyen le plus efficace de diminuer les conséquences de ces accidents. L'objectif du réseau est de sensibiliser les personnes et les entreprises au risque d'accident et à leurs conséquences aussi bien pour les patients que pour la collectivité. Le réseau s'adresse au grand public, aux entreprises et aux formateurs. À partir du grand public, le réseau permet la distribution de plaquettes (réalisées par la FESUM) et participe à des manifestations. Plus de 150 000 plaquettes ont été distribuées, en collaboration avec l'APS (Assureurs Prévention Santé). À partir des entreprises, des journées de formation réunissant les cadres de l'entreprise, les médecins du travail et les secouristes ont été organisées (GDF, Renault, Colgate-Palmolive). Le réseau intervient également auprès de sociétés qui forment les secouristes dans les entreprises.

### Le tri en urgence

Seule une bonne orientation permettrait d'une part de ne pas engorger inutilement les centres FESUM et d'autre part, de ne pas négliger des lésions graves sources de séquelles. Il faut éviter de déplacer les patients qui pourraient être traités sur place, mais il faut surtout éviter de priver un blessé de l'accès à un centre spécialisé si sa lésion le justifie (10).

Dans certains cas, le choix est évident, parce qu'il s'agit d'une amputation complète ou d'un traumatisme délabrant pluritissulaire. Toutefois, certains traumatismes également très graves mais moins spectaculaires nécessitent également une prise en charge en centre spécialisé : injection sous pression, brûlure électrique, arrachement par bague ou dévascularisation incomplète. En pratique les erreurs d'orientation les plus fréquentes concernent les traumatismes sans gravité apparente.

**Demande initiale des patients**

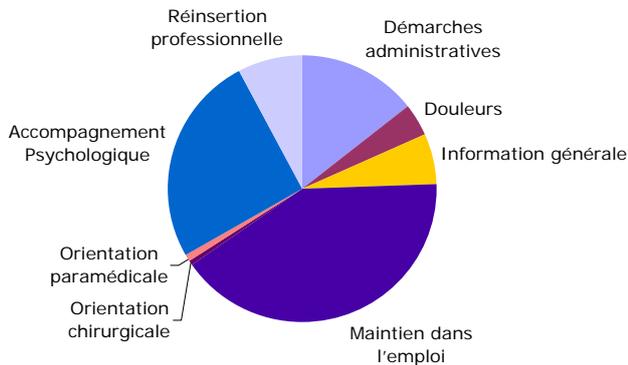


Figure 1. La demande des patients au moment de leur inclusion dans le réseau concerne essentiellement la phase socioprofessionnelle avec ses aspects psychologiques

Pour améliorer le tri en urgence, le réseau propose aux urgentistes des formations spécialisées portant sur les conditions d'examen et d'exploration des plaies de la main. Pour les pompiers de Seine et Marne, une formation obligatoire a été validée ; il s'agit d'un diaporama qui doit être visualisé dans le cadre de leur formation continue.

Nous avons également réalisé des fiches cliniques préformatées (fig. 2) pour les professionnels amenés à voir initialement les blessés de la main (secouristes, pompiers, médecins généralistes, médecins du sport, urgentistes). Ces fiches préformatées permettent de standardiser l'examen de façon à ce que les informations soient échangées à tous les niveaux avec un langage cohérent. Le bilan sur le lieu de l'accident doit être suffisamment précis pour que le régulateur puisse faire le choix de la structure d'accueil la plus adaptée.

En cas d'amputation, les fragments ne sont pas toujours rapportés. Dans d'autres cas, le conditionnement est défectueux par absence de réfrigération, immersion dans un flacon contenant un antiseptique, congélation du fragment ou défaut d'identification. Pour éviter ces problèmes, le réseau propose des poches de conditionnement pour les fragments amputés. Ces poches sont simples d'emploi, comportent un mode d'emploi et un étiquetage comportant l'identité du patient.

**Les soins secondaires après l'intervention**

Les urgences mains étant le plus souvent opérées en ambulatoire (3), les soins postopératoires sont pratiqués en ville. Ces soins permettent de dépister les complications et conditionnent en grande partie la qualité de la récupération fonctionnelle. Malheureusement, les infirmières et les kinésithérapeutes sont rarement spécialisées, ou même informé(e)s des protocoles et des enjeux.

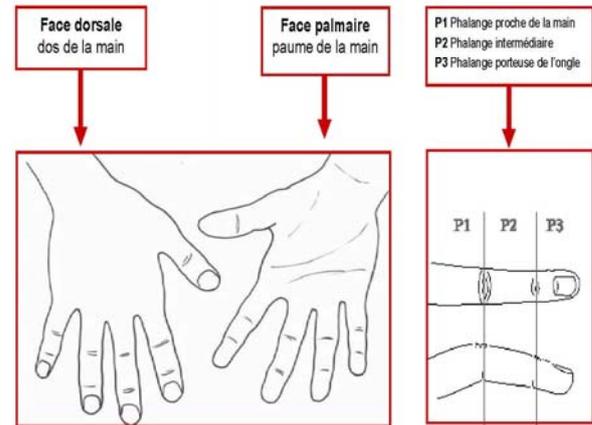
Le réseau a réalisé 62 formations thématiques à ce jour ainsi que 50 protocoles de rééducation disponibles sur le site internet du réseau ([www.reseaumain.fr](http://www.reseaumain.fr)). Les documents pédagogiques ont été validés en concertation avec les sociétés de rééducation de la main et de l'épaule. Les participants aux journées de formation sont inscrits dans un annuaire des praticiens paramédicaux sensibilisés et formés dans le cadre du réseau. Ainsi, un patient présentant une pathologie nécessitant une rééducation spécifique peut s'adresser à un kinésithérapeute du réseau proche de son domicile.

Pour toute réponse comportant un « \* » = orientez la victime vers un centre FESUM !  
Et transmettez ces informations aux secours (pompiers, Samu, urgences)

**1/ Type de traumatisme**

- Amputation \*
- Arrachement par bague \*
- Morsure
- Ecrasement \*
- Traumatisme fermé
- Injection sous pression \*
- Plaie simple
- Autre

**2/ Localisation** = Quel côté de la main = Plaie **Palmaire\*** ou **Dorsale**  
Précisez en plus pour les doigts ==> quelle(s) phalange(s) : P1, P2, P3



**3/ Vérifier l'aspect du doigt : Dévascularisé\*** ou non

Dévascularisé = le doigt n'est pas rose comme les autres doigts non blessés

Figure 2. Cette fiche d'examen clinique préformatée -proposée à tous les professionnels amenés à examiner les blessés de la main en urgence- permet de standardiser l'examen de façon à ce que les informations soient échangées à tous les niveaux avec un langage cohérent.

**Les conséquences socioprofessionnelles**

Trop d'arrêts de travail sont prolongés de façon itérative alors que l'incapacité temporaire n'est que partielle et qu'un effort de reclassement temporaire dans l'entreprise pourrait permettre au patient de reprendre une activité professionnelle différente de son activité habituelle. Les médecins du travail ont un rôle important à jouer dans le contexte parfois difficile des entreprises.

La dimension psychologique d'une lésion grave est souvent négligée par les praticiens. La dépression réactionnelle chez le travailleur manuel victime d'un accident grave est pourtant un facteur important de l'évolution. Certains patients se trouvent complètement désemparés après constatation d'une lésion grave de la main dont les séquelles sont inévitables. Le soutien et l'accompagnement psychologiques peuvent alors être des atouts importants dans l'acceptation du handicap et sa gestion palliative.

Le réseau met à la disposition des patients une consultation mixte assistant médico-social/psychologue qui s'emploie à aider au maintien des patients dans l'emploi, à la reprise la plus précoce possible ou au reclassement pendant la période d'invalidité temporaire. Sans se substituer aux services existants, ils aident les patients à s'orienter vis-à-vis des médecins du travail et des organismes sociaux (experts, médecins des caisses, PDITH...). Ces consultations mixtes permettent le plus souvent d'accélérer la visite de préreprise, de favoriser la reprise à temps partiel ou en poste aménagé. Elles permet-

tent aussi d'identifier et de désamorcer les conflits et le sentiment d'injustice qui sont toujours préjudiciables. Le bénéfice financier du réseau est difficile à quantifier, car les données financières actuelles ne permettent pas de comparer deux groupes de patients dans et hors réseau. Toutefois, le retour sur investissement est très probable si l'on fait un calcul simple : le réseau permet souvent le maintien dans l'emploi pendant une période de 6 mois alors que le même patient hors réseau serait en arrêt pendant cette période. Une période de 6 mois d'arrêt coûte en moyenne 10 000 € d'indemnisation. Il suffirait donc que 35 patients bénéficient d'une reprise anticipée de 6 mois pour rendre le réseau bénéficiaire, ce qui est plus que probable.

## Projets en cours

### Étude prospective concernant les troubles musculo-squelettiques

Le principal objectif de ce projet est d'étudier les facteurs d'évolution médicale, fonctionnelle et socioprofessionnelle du syndrome du canal carpien qui est l'un des plus fréquents troubles musculo-squelettiques (TMS) du membre supérieur et d'étudier en particulier l'effet de la reconnaissance du caractère professionnel (statut AT/MP) sur le résultat thérapeutique global. Le protocole d'étude a été conçu en collaboration avec l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) à partir du modèle utilisé préalablement dans les Pays de Loire (11). L'InVS et l'assurance-maladie participent au financement de cette étude en coopération avec le RPMIDF. Une première étude témoin a permis de valider les procédures et les documents. Le début de l'étude est fixé au 15 mai 2009. L'InVS effectuera les analyses statistiques en collaboration avec le RPMIDF.

### Constitution d'un groupe de coopération sanitaire (GCS)

Pour assurer sa pérennité et son expansion naturelle, le réseau va s'intégrer dans un Groupement de Coopération Sanitaire (régé par les articles L. 6133-1 et suivants du Code de la Santé Publique). Ce groupement fera participer –en plus du RPMIDF– des collègues représentant les partenaires et les établissements de santé, les associations de patients, les sociétés savantes, les structures socioprofessionnelles et collectivités publiques.

### Union des Réseaux Prévention Main (URPM)

Les solutions apportées par le RPMIDF en Ile de France sont applicables de la même façon dans toutes les régions. Le Réseau Prévention Main Centre existe déjà depuis plusieurs années, sur le même modèle que les RPM IDF Est et RPM IDF Ouest. D'autres régions sont en cours de création de réseaux similaires (Lyon-Rhône Alpes, Aquitaine). Le fait d'utiliser les mêmes outils et la même organisation facilite la mise en place du réseau, consolide leur pérennité et rassure les organismes financeurs. Une union des RPM (URPM) a été créée pour faciliter ces économies à l'échelle nationale.

## Conclusion

Le Réseau Prévention Main Île-de-France a la confiance des pouvoirs publics depuis plus de cinq ans et sert de modèle à la création de réseaux identiques dans d'autres régions. Ce succès est dû au fait qu'il répond aux besoins de tous les partenaires en offrant de véritables bénéfices pour les patients et une simplification gratifiante de la prise en charge socioprofessionnelle pour les médecins. Le bénéfice pour la collectivité est très probable même s'il est encore difficile à calculer pour l'instant.

Pour plus d'information le site [www.reseaumain.fr](http://www.reseaumain.fr) est accessible à tous.

## Références

1. Clark DP, Scott RN, Anderson IWR. Hand problems in an accident and emergency department. *J Hand Surg* 1985;10B:297-9.
2. Dias JJ. A report of the provision of surgical care for acute hand disorders in the United Kingdom. Edited by Audit Committee, British Society for Surgery of the Hand, 1999.
3. Dubert T, Allieu Y, Bellemere P, Egloff D, Nonnenmacher J, Baudet J, et al. Huit jours d'urgences mains. Rapport de l'audit réalisé dans les centres FESUM du 3 au 9 juin 2002. *Chir Main* 2003;22:225-32.
4. Edwards DH. The spectrum of hand injuries. *The Hand* 1975;7:46-50.
5. Frazier WH, Miller M, Fox RS, Brand D, Finseth F. Hand injuries: Incidence and epidemiology in an emergency service. *JACEP* 1978;7:265-8.
6. Le Bourg M. Accidents de la main. Données socio-économiques. *La Main* 1998;3:15-22.
7. Johns AM. Time off work after hand injury. *Injury* 1981;12:417-24.
8. Raimbeau G. Livre Blanc. Chirurgie de la Main en France, sous l'égide de la Société Française de Chirurgie de la Main, décembre 1997.
9. Kenesi C au nom d'un Groupe de travail « Prise en charge des urgences main ». Communiqué de l'académie nationale de médecine, 30 mai 2006.
10. Skov O, Jeune B, Lauritsen JM, Barfred. Occupational hand injuries. A population-based description of the incidence and referral to casualty departments. *T Ugeskr Laeger* 1999;31:161:3285-8.
11. Ha C, Roquelaure Y, Leclerc A, Touranchet A, Goldberg M, Imbernon E. The French Musculoskeletal Disorders Surveillance Program: Pays de la Loire Network. *Occup Environ Med.* 2009 Mar 5.