

État des lieux de la prise en charge des urgences main en France

Provision for hand trauma care in France

T Dubert

Clinique La Francilienne, 77340 Pontault-Combault

Mots clés

- ◆ Plaies de la main
- ◆ Coût
- ◆ Organisation

Résumé

Les plaies de la main sont négligées par les services d'urgences et de premiers secours parce qu'elles ne menacent pas le pronostic vital. Elles sont pourtant à l'origine de conséquences socioprofessionnelles majeures pour la collectivité et les individus. La France a été à l'origine de la création de la Fédération Européenne des Services d'Urgences Mains (FESUM), dédiée à l'amélioration de la prise en charge des traumatismes de la main. La FESUM a pour mission essentielle d'accréditer des centres capables de prendre en charge n'importe quel traumatisme de la main 24 h/24 et 7 jours/7 par une équipe spécialisée. Les critères d'accréditation concernent la qualification des chirurgiens, leur nombre, la disponibilité des équipes, l'activité minimale, l'environnement paramédical. Outre son action de soin, la FESUM diffuse des consignes de tri des urgences, organise des audits internes et mène des actions de prévention. En 2011, la France comporte 51 centres FESUM (dont 21 sont publics et 30 privés). Ces centres, dont l'accréditation est contrôlée chaque année, prennent en charge environ 120 000 blessés par an.

Keywords

- ◆ Hand lacerations
- ◆ Cost
- ◆ Organization

Abstract

Hand lacerations are usually badly prioritized by Accident and Emergencies department staff because they are not life-threatening injuries. This is because social and financial consequences for the patients and community are largely underestimated. France has initiated the *Fédération Européenne des Services d'Urgences Mains* (FESUM), dedicated to management of hand trauma. The goal of the FESUM is mainly to coordinate a network of specialized hand trauma centres, available 24/7. Accreditation criteria address the surgical expertise of the surgeons, number of senior surgeons on call, prompt availability of the staff, average number of cases operated per day and occupational therapist facilities. Additionally, FESUM spreads out triage recommendations for hand lacerations, organizes internal surveys and promotes prevention protocols.

In 2011, FESUM includes 51 centres in France, 21 of which are public and 30 private. It must be highlighted that even in private centres, care is almost entirely supported by the state National Health Service insurance system. These centres manage approximately 120 000 patients per year.

Les urgences mains représentent actuellement environ 1,4 millions de cas par an en France (1) dont 620 000 avec risques de séquelles (2). Les conséquences socioprofessionnelles sont majeures puisque ces accidents sont responsables de 25 % des accidents de travail ayant entraîné un arrêt de travail ou une IPP (3). Les conséquences financières pour la collectivité atteignent 1 % du produit national brut (4).

L'indemnisation (arrêt de travail et séquelles) représente 80 % du coût total de la prise en charge, alors que les soins (hospitalisation, médicaments, interventions et rééducation) ne représentent que 20 % du total (5, 6, 7). Cette répartition très particulière des coûts est due au fait qu'il s'agit d'une chirurgie fonctionnelle chez des patients actifs et souvent travailleurs manuels.

C'est la qualité du traitement initial qui permet de diminuer la durée de l'arrêt de travail et de réduire les séquelles. Le bénéfice d'un traitement initial spécialisé a été mesuré pour

les amputations du pouce : le coût d'une replantation est légèrement plus élevé qu'une simple régularisation, mais le coût global de la régularisation est très nettement supérieur du fait de l'indemnisation (8, 9, 10).

Le bénéfice d'un traitement adapté en urgence a été bien démontré aussi pour les traumatismes moins spectaculaires et sans gravité initiale évidente (6, 11). Le préjudice d'un traitement initial inadapté a été évalué en Allemagne à 15 000€ (11, 12).

Tri des urgences mains : trois situations différentes

Seule une bonne orientation permet de ne pas négliger des lésions graves, source de séquelles.

Correspondance :

T Dubert

Clinique La Francilienne, 16, Av J Heuclin, 77340 Pontault-Combault.

E-mail : thierrydubert@gmail.com

Polytraumatisés avec traumatisme de la main

Les polytraumatisés sont le plus souvent dirigés vers les grands centres d'urgence publics, consacrés en priorité au traitement des lésions engageant le pronostic vital. Le diagnostic et le traitement des traumatismes de la main sont alors souvent retardés. Un avis spécialisé est parfois difficile à obtenir, car seulement 18 services d'urgence hospitalo-universitaires ont un département spécialisé pour la chirurgie de la main.

Traumatisme de la main grave et isolé

Ces traumatismes sont typiquement ceux qui doivent être orientés vers les centres spécialisés d'Urgence Main. L'orientation des amputations doit être différente suivant qu'il s'agit des doigts ou de traumatismes plus proximaux emportant des masses musculaires. Dans le second cas, il s'agit d'une véritable urgence, et le pronostic vital est engagé du fait du risque d'ischémie musculaire. Les amputations proximales doivent donc être adressées avec les moyens les plus rapides dans un centre spécialisé disposant également d'une réanimation et de transfusion immédiate. Les amputations de doigts, au contraire, peuvent être prises en charge dans des centres de chirurgie spécialisée sans réanimation et dans un délai de plusieurs heures, à condition que le fragment soit bien conditionné.

Actuellement, les régulateurs de SAMU identifient facilement ces accidents graves et les transfèrent le plus souvent dans les centres FESUM. Toutefois, toutes les Agences régionales de santé (ARS) n'ont pas encore intégré les centres FESUM dans les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS).

Traumatisme de la main sans gravité évidente

Ce sont ces traumatismes - sans gravité évidente - qui posent le plus de problèmes de tri : l'objectif est, d'une part, d'éviter de déplacer les patients qui pourraient être traités sur place et, d'autre part, d'éviter de priver un blessé de l'accès à un centre spécialisé si la lésion le justifie.

Le problème du tri est lié au fait que l'examen clinique des fonctions de la main ne permet pas de certitude sur l'existence d'une lésion grave. L'aspect de la plaie est souvent trompeur : une plaie punctiforme profonde peut être beaucoup plus grave qu'une plaie étendue mais superficielle. La flexion active est conservée même après section à 90 % des tendons fléchisseurs ; les plaies nerveuses partielles sont difficiles à détecter chez un patient en urgence ; les plaies articulaires ne sont détectées qu'après apparition d'une infection grave.

La seule façon de faire le diagnostic est l'exploration chirurgicale par un chirurgien au bloc opératoire sous anesthésie et avec un éclairage et des instruments adaptés. Aucune technique d'imagerie ne peut remplacer l'exploration chirurgicale, y compris la télé-médecine.

Un réseau pour l'amélioration du traitement des urgences mains : la FESUM

Dès 1972, à l'hôpital Boucicaut à Paris, Raymond Vilain créait le premier centre SOS Mains. Dès 1979, neuf chirurgiens français de la main, J Michon et M Merle à Nancy, G Foucher à Strasbourg, R Vilain, J.-P Lemerle et P Saffar à Paris, H Bureau et G Magalon à Marseille, Y Allieu à Montpellier - associés à G Lejeune à Bruxelles - ont pris l'initiative de créer la Confédération européenne des services d'urgences mains. Cette confédération avait pour but d'améliorer la prise en charge des blessés de la main et de faire reconnaître l'importance socioéconomique des accidents de la main. La confédé-



Figure 1. Carte des centres FESUM en France en 2011. 51 centres dont 21 publics et 30 privés. Parmi les 21 centres publics, 18 sont des Centres Hospitalo-Universitaires.

ration est devenue la Fédération européenne des services d'urgences mains (FESUM) en 1989. La FESUM est devenue exclusivement francophone à partir de 2002. À ce titre, la FESUM s'intègre dans un nouveau comité de la *Federation of the European Societies for Surgery of the Hand* (FESSH) dédié à la traumatologie : le *Hand Trauma Committee* (HTC).

Le rôle essentiel de la FESUM est le contrôle de l'accréditation des centres. Cette accréditation garantit aux patients les conditions d'une prise en charge spécialisée. Pour être accrédité par la FESUM (tableau 1), un centre doit comporter au minimum trois chirurgiens spécialisés (diplôme interuniversitaire de chirurgie du membre supérieur et DU de microchirurgie) [11], disponibles 24 h/24. Le centre doit avoir une activité de chirurgie de la main depuis plus de un an, avec un minimum de deux urgences opérées au bloc opératoire par 24 h. La demande d'accréditation est examinée par deux visiteurs, eux-mêmes membres de la FESUM. Ces visiteurs présentent un rapport à l'assemblée générale annuelle. L'accréditation n'est obtenue qu'après un vote en assemblée générale. Certains centres, ne disposant que de deux chirurgiens seniors, peuvent être accrédités en tant que centres associés (il en existe quatre actuellement en France).

Les centres FESUM français sont répartis en six régions : Nord-Est, Nord-Ouest, Sud-Ouest, Rhône-Alpes-Auvergne, Sud-Est et Région Centre (comprenant l'Île-de-France). Chaque région est supervisée par un coordinateur régional dont le rôle est d'établir un bilan d'activité de chacun des centres régionaux

Tableau 1. Critères d'accréditation des centres FESUM

Trois chirurgiens spécialisés seniors au minimum, titulaires de : - DIU de chirurgie de la main - DIU de microchirurgie
Un membre de la Société française de chirurgie de la main
Disponibilité 24h/24 et 7j/7
Un minimum de 800 cas opérés/an
Activité effective depuis plus de un an



Figure 2. Consignes de tri des urgences mains.

et de formuler des propositions de collaboration avec l'Agence régionale de santé (ARS). Par ailleurs, il existe sept centres en Belgique, quatre en Suisse et un au Luxembourg. En 2011, la FESUM regroupe 250 chirurgiens répartis dans 51 centres (fig. 1) dont 21 publics et 30 privés. Deux couples de centres fonctionnent en réseau (Lille et Bayonne-Biarritz). Ces centres sont facilement identifiés par le public au moyen du site web « FESUM.fr » et d'un numéro de téléphone national. Ce numéro indigo : 0825 00 22 21 permet, de n'importe où en France, de connaître en quelques instants et de joindre le centre FESUM le plus proche.

Activités de la FESUM

Caractéristiques des urgences mains

L'activité de soin concerne environ 150 000 patients par an traités en urgence. Deux enquêtes ont permis de mieux analyser le service rendu par la FESUM : l'audit réalisé en 2002 pendant une semaine auprès des centres FESUM confirme l'importance numérique de ces urgences, leur gravité et les modalités d'orientation vers le centre de traitement (2). Le plus souvent, les patients sont acheminés en véhicule non spécialisé (86 %). La moitié des patients ont d'abord consulté un médecin généraliste et 14 % sont d'abord passés par un centre hospitalier. Une exploration chirurgicale a parfois déjà été réalisée dans un autre centre (12 % des cas). Les deux tiers des patients ont été victimes d'un accident domestique. Plus de la moitié des patients (66 %) ont été traités en soins externes, 29 % en chirurgie ambulatoire, et seulement 4,6 % ont été hospitalisés plus de une journée. La moitié des traumatismes étaient fermés. Pour les autres, il s'agissait de traumatismes ouverts ou de complications septiques de plaies négligées, nécessitant un geste chirurgical. Les gestes micro-chirurgicaux ont été nécessaires chez 15 % des patients. L'enquête du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) de 2002 montre que, sur une semaine en juin, les plaies de la main et des doigts ont représenté 33 % des 165 000 passages aux urgences médicales et chirurgicales de la France, et que les lésions traumatiques de la main et du poignet ont représenté 12 % de l'ensemble des lésions traumatiques admises, et 59 % de tous les traumatismes du membre supérieur.

Diffusion de consignes pour le diagnostic et l'orientation des patients en urgence (fig. 2)

Ces consignes ont été établies de façon collégiale, notamment au cours d'un colloque multidisciplinaire regroupant les chirurgiens de la main, les régulateurs du SAMU et urgentistes (Premières journées de la FESUM-Biarritz en 2007). La diffusion de ces consignes est régulièrement renouvelée par des présentations orales et par la distribution de plaquettes d'information (fig. 1).

Prévention primaire des accidents

La FESUM a initié et réalisé des plaquettes de prévention en collaboration avec Assureurs Prévention Santé (APS) et la Fédération des métiers du bricolage (FMB). À ce jour, plus de 150 000 plaquettes ont été distribuées dans les magasins de bricolage et dans les salles d'attente de chirurgie de la main.

Conclusion

L'organisation des Urgences Mains en France repose essentiellement sur le réseau de la FESUM. Ce réseau de centres, créé et contrôlé par des chirurgiens, assure depuis plus de 20 ans la qualité de la prise en charge des urgences grâce à des critères de qualification et de disponibilité.

Le tri des patients doit être encore amélioré pour éviter d'avoir à reprendre secondairement des patients qui auraient dû être opérés en urgence dans des centres spécialisés. Cette amélioration passe par une meilleure coopération entre la FESUM et les acteurs du tri qui sont, d'une part, les régulateurs du SAMU et, d'autre part, les urgentistes.

La FESUM souhaite intensifier sa collaboration avec les Agences régionales de santé (ARS) avec essentiellement deux objectifs : inscrire clairement les centres FESUM dans les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) de toutes les régions de France et associer officiellement un représentant des ARS lors des visites d'accréditation.

Questions

Question du Professeur Henri Bismuth

Félicitations pour cette belle communication.

Puisque vous avez organisé un réseau européen, ne pourriez-vous pas faire un répertoire de traumatismes de la main qui permettrait de recenser de nombreux cas, source d'études ultérieures. Nous l'avons fait il y a longtemps pour des transplantations hépatiques, ce qui nous apporte maintenant de multiples enseignements.

Réponse

Merci pour cette question qui est effectivement une de nos préoccupations. Ce réseau, pour l'instant, ne fait que vérifier la conformité des critères d'accréditation des centres. Nos objectifs pour les années à venir est de constituer un répertoire et d'éditer des recommandations applicables à tous les pays européens pour la prise en charge et la prévention des traumatismes de la main.

Question du Professeur Nicolas

Félicitations pour ce magnifique exposé. Quelles sont les régions à prioriser de façon à sensibiliser les ARS sur le sujet ?

Réponse

Merci pour votre commentaire et votre présence à cette réunion en tant que représentant de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Les 53 centres FESUM sont assez bien répartis sur le territoire français, avec toutefois une concentration un peu plus élevée au Sud qu'au Nord et une zone un peu défavorisée autour de Saint-Etienne.

La FESUM souhaite vivement renforcer sa collaboration avec les ARS et la DGOS, d'une part, en faisant participer des ob-

servateurs des ARS lors des visites d'accréditation des centres et, d'autre part, en rendant systématique l'officialisation des centres FESUM dans les SROS.

Question du Professeur Philippe Boutelier

Quels sont les centres d'urgences main à l'APHP ?

Réponse

Les centres de l'APHP sont l'HEGP, St-Antoine et Robert Debré.

Question du Docteur Philippe Saffar

Ce sont les centres privés qui dominent, et il faut s'adresser à la Société française de chirurgie de la main pour créer de nouveaux centres dans les zones démunies.

Références

1. Raimbeau G. Livre Blanc. Les unités de chirurgie de la main en France, sous l'égide de la Société Française de Chirurgie de la Main. *La main* 1987 ; 15-22.
2. Dubert T, Allieu Y, Bellemere P, Egloff D, Nonnenmacher J, et al. Huit jours d'urgences main. Rapport de l'audit réalisé dans les centres FESUM du 3 au 9 juin 2002. *Chir Main* 2003 ; 22 : 225-32.
3. Caisse nationale assurance maladie des travailleurs salariés. Statistiques financières et technologiques des accidents du travail. Années 1993, 1994, 1995.
4. Lindqvist K, Timpka T, Schelp L. Ten years of experiences from a participatory community-based injury prevention program in Motala, Sweden. *Public Health* 1996 ; 110 : 339-46.
5. Raimbeau G. Le coût des urgences mains. *Chir Main* 2003 ; 22 : 258-63.
6. Rosberg HE, Carlsson KS, Dahlin LB. Prospective study of patients with injuries to the hand and forearm: costs, function, and general health. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2005 ; 39 : 360-9.
7. Trybus M, Lorkowski J, Brongel L, Hladki W. Causes and consequences of hand injuries. *Am J Surg* 2006 ; 192 : 52-7.
8. Dap F, Bour CH, Brugière H, Foucher G, Merle M. Le Coût Socio-Economique des Replantations Digitales. *Ann Chir Main* 1989 ; 8 : 78-83.
9. Gasperschitz F, Genelin F, Karlbauer A. Economic aspects of replantation surgery. *Unfallchirurgie* 1989 ; 15 : 129-32.
10. Vilkki SK. Thumb replantation: results of avulsion injuries and other traumatic amputations--a comparison. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 1982 ; 14 : 156-60.
11. Wittemann M, Jung A, Hornung R, Germann G. [The so-called "minor hand injury" and its socioeconomic sequelae]. *Chirurg* 1994 ; 65 : 1004-7.
12. Reichert B, Oeynhaus-Petsch P, Mailänder P. [Hand infections resulting from underestimation of minimal injuries]. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2007 ; 39 : 124-7.