

Les Urgences Main sont-elles des urgences ?

Un déni de réalité destructeur.

Les passages dans les services d'urgences sont de l'ordre de 21 millions*, les traumatismes de la main sont estimés à plus de 2.1 millions**. La chirurgie de la main en urgence représente près de 20% des interventions chirurgicales. Urgences non vitales, urgences des extrémités, les urgences main n'ont plus d'identité administrative fléchée depuis la suppression des POSU*** en mai 2006. Les SOS Main rassemblés dans la Fédération des Services d'Urgence de la Main-FESUM (1989) sont au nombre de 70 à ce jour (Publics et Privés) répartis sur tout le territoire, ils assurent par leur expertise une qualité des soins qui atténuent ou évitent des séquelles fonctionnelles. Ces Centres spécialisés attendent depuis 2006 le label « Plateaux Techniques Spécialisés avec Accès Direct -PTS AD afin de retrouver une identité dans le schéma organisationnel de la prise en charge des urgences. 60% des traumatismes de la main sont traités dans le réseau FESUM.

Un peu d'histoire :

Quand en 1989 le professeur A.Steg imminent chirurgien remit son rapport au Conseil économique et social, un hurlement médiatique se fit entendre car ce rapport permit aux médias de mettre sur la place publique une liste noire d'hôpitaux et cliniques qu'il valait mieux éviter en situation d'urgence. Pour donner suite à ce constat le législateur en 1997 engagea une réforme dont le fil conducteur était de sauver les citoyens en urgence vitale . Ainsi toutes les urgences ne pouvaient être reçues que dans des structures labellisées : SAU-UPATOU- POSU***. La spécialité de médecin urgentiste fut créée, les unités de déchocage et les unités mobiles prirent leur envol, seuls les crédits ne furent jamais en phase avec le rapport Steg. La croissance du nombre de passages aux urgences fut exponentielle : 10,1 millions en 1996 à 15,1 en 2006 #.

2006 La simplification par soustraction.

En 2006, une nouvelle réforme fut instituée supprimant POSU et UPATOU pour ne garder que des Structures de Médecine d'Urgence-SMU (en pratique seuls les POSU disparaissent) Au fil des années la société devint consumériste et aucun décideur visionnaire n'émergea pour projeter l'avenir de la santé. Un télescopage multifactoriel créa le syndrome d'asphyxie chronique des soignants et des services d'urgences. Le pouvoir médical fut progressivement supprimé, la réflexion fut réservée aux administratifs et transcrite en tableaux Excel. Heureusement le but de bien traiter les urgences vitales sur tout le territoire était atteint mais il n'en fut pas de même pour les urgences non vitales soit plus de 95% des admissions. Les encombrements et dysfonctionnements croissaient, certains sous tendus par la problématique préexistante du manque de places en aval aggravé par le dogme de la suppression des lits et l'hyperspécialisation des médecins.

Des situations diverses pour les SOS Mains.

Les urgences de la main représentent plus de 10% ** des urgences non vitales et certains jours près de 25% des opérés en urgence. L'intérêt des centres experts FESUM est de permettre le délestage des blessés « main » et de mieux considérer leurs spécificités en les identifiant dans une unité dédiée. Ces traumatisés sont en capacité de déambuler avec souvent un smartphone dans l'autre main en attente de leur tour, ils encombrant au milieu de patients nécessitant des soins immédiats et des examens complémentaires. Ils souhaitent être « dépannés » mais ils ne sont jamais prioritaires pour l'accès aux blocs opératoires multi spécialités. Le Centre expert FESUM crée un circuit plus court par une prise en charge calibrée pré, per et post opératoire, le plus souvent sur le mode ambulatoire. Ainsi on évite aux blessés d'être placés dans une filière longue d'urgence générale avec une prise en charge inégale sans parler des séquelles fonctionnelles non récupérables même après réintervention secondaire par un chirurgien de la main. La FESUM depuis 1989 a démontré son efficacité aux Pouvoirs Publics et sa rigueur d'attribution du label SOS Mains par un cahier des charges exigeant. A ce jour, de nombreuses ARS intègrent les SOS Mains dans le schéma régional des urgences. Depuis 2006, la situation administrative de ces centres experts n'est pas uniforme. Ceux intégrés dans une Structure de Médecine d'Urgence sont de facto labellisés urgences ; leur organisation fléchée est en concurrence avec d'autres spécialités en matière de ressources humaines. Les Centres FESUM du secteur privé souvent des ex POSU ou créés après 2006, attendent toujours le label des PTS AC pour être reconnus. Dans le privé, l'absence de financement pour l'accueil et le triage des traumatisés mais aussi pour leur traitement hors bloc opératoire a conduit également les directions à prendre les mêmes mesures que dans le secteur public à savoir restreindre les ressources humaines dédiées. Parfois, certaines ARS financent directement ou valident la délégation rémunérée d'une SMU. Enfin dans certains cas aucun financement n'est alloué comme dans celui du SOS Mains d'Angers Trélazé (49). Quelle que soit la situation préalable au 31 décembre 2021, la réforme du financement des urgences par le système de la dotation populationnelle bouscule l'existant et met en lumière l'absence des textes sur les modalités de financement des PTS AD attendus depuis 2006.

Le cas du SOS Mains d'Angers.

Pourquoi cette situation ? Parce que n'ayant jamais été POSU et n'ayant aucun « lit porte » (UHCD)*****, ce SOS mains a toujours été hors identité administrative depuis sa création en 1987.

Le Centre de la Main d'Angers (CDM) créé *ex nihilo* par deux chirurgiens de la main, fut très innovant pour l'époque, inhabituel par la pratique de la chirurgie sans aucun moyen d'hospitalisation. Il se développa très rapidement avec un partenariat Public Privé : Angers Assistance Main (AAM), prenant en charge les urgences mains sans discrimination mais aussi l'enseignement théorique et pratique de la chirurgie de la main. En 1994, AAM fut admis dans la FESUM avec une équipe de 3 chirurgiens. Cette Unité indépendante de Chirurgie Ambulatoire fut souvent citée en exemple pour son efficience en particulier dans le rapport ANAP HAS de 2013.

La tare génétique est l'absence de lits d'hospitalisation liée à la prise en charge en ambulatoire exclusive 6 ans avant les décrets. L'hospitalisation additionnelle nécessaire fut organisée dès le début par complémentarité avec les structures ayant des moyens

d'hospitalisation- CHU et Cliniques. Le CDM ne pouvait pas devenir un POSU mais avait vocation d'être un PTS AD.

Dans le programme de regroupement des cliniques d'Angers, l'ARH décida en 2008 une relocalisation sur un site rassemblant pour finir 4 établissements sans fusion. L'ARH demanda de conserver le modèle originel cad ambulatoire exclusif, sans lit porte. L'hospitalisation de repli ou de nécessité devait s'effectuer par convention dans une clinique d'orthopédie sur ledit site de regroupement : le Village Santé Angers Loire à Trélazé. Lors de son inauguration en 2011, la DG ARS, en personne, rappela que le CDM relocalisé était un futur PTS AD. Un accompagnement financier annuel de 350000 euros fut donné par l'ARS pendant 3 ans en retour de la prise en charge des urgences (7195 en 2013). Sans information préalable en 2014 ce financement fut stoppé. Face à une réelle mission de service public non reconnue (prise en charge du pénitentiaire, des sans-papiers, des transferts du CHU, des appels SAMU, ...), après interrogations itératives de l'ARS restées sans réponse, le Centre de la Main introduisit un contentieux devant les juridictions compétentes en 2017. Chaque année, le financement des frais du module dédié à l'accueil et au triage des blessés, des soins hors bloc opératoire est prélevé sur les GHS, sur les redevances des praticiens afin d'assurer l'équilibre financier car la part de l'ARS est bien mince. Un bilan comptable positif fut le motif pour l'ARS de ne pas payer la mission de service public ! Ceci fut d'ailleurs confirmé par le ministère lors d'une question posée au gouvernement par la députée du territoire en mai 2023. Cet équilibre financier fut aussi permis par le bénévolat des chirurgiens gestionnaires. Cette gestion de bon père de famille masque l'incapacité d'investir pour l'avenir tel le renouvellement du matériel lourd, l'incapacité de projeter des ajouts et modifications architecturales afin d'améliorer le circuit des blessés au terme d'un cycle de quinze années d'existence. Ce frein financier est directement lié à l'absence de rémunération du service d'Accueil des blessés qui mobilise une disponibilité - non programmée et de fortes ressources humaines multi métier : administratives, paramédicales et médicochirurgicales. Le jugement du Tribunal Administratif supprima en décembre 2025 tout espoir de rémunérer l'accueil des urgences. Une colère intense de tous les acteurs monta envers les Pouvoirs Publics, augmentée par le contexte de préparation du mouvement social des médecins libéraux. In fine le déni de réalité s'est imposé au bénéfice de la règle administrative que l'on peut résumer ainsi : « Vous n'êtes pas un établissement labellisé médecine d'urgence donc vous n'avez droit à rien », et qui peut se traduire par : "circulez !" ou par "les urgences de la main ne sont pas des urgences" ! quel mépris pour les accidentés de la main, pour la population de Maine et Loire, pour les acteurs de soins efficaces et reconnus unanimement !

Label « urgences » ou arrêt de la mission de service public ?

De fait, l'Etat dans sa quête d'optimisation de l'organisation administrative a généré en l'espèce, au fil des ans et des décrets sur la prise en charge des urgences, une situation ubuesque envers les Urgences de la main. 13000 blessés ont été pris en charge par les équipes du Centre de la Main d'Angers en 2024 avec 9 chirurgiens. Cherchez l'erreur ! – elle est bien dans l'absence de label ! Ce trou dans la raquette est connu depuis longtemps, il a été induit par un vide réglementaire qui devait être pris en compte lors du prochain texte, du futur texte puis du futur imminent texte devant traiter cet oubli lié en grande partie par la non-urgence de prendre en considération les urgences chirurgicales

non vitales qui plus est des extrémités. En dehors de l'humanitaire et du bénévolat, quelle organisation accepte d'accomplir une mission sans retour financier ? Ce déni de réalité perdure par la complexification évolutive de l'Administration. Lorsque la mission de service public n'est pas rémunérée depuis plus de dix ans on est en droit de stopper le bénévolat qui plus est, forcé lorsque le CHU ou autres hôpitaux n'assurent pas leur propre mission.

La prise en charge adéquate des blessés de la main diminue les séquelles.

Les meilleurs résultats fonctionnels sont obtenus lorsque les lésions traumatiques de la main sont prises en charge par des chirurgiens sachants, à la différence de ceux obtenus après une deuxième intervention même réalisée par des spécialistes. Ce constat fait consensus sur le plan international, il est lié à la biologie cellulaire dont la transformation fibreuse dans les tissus cicatriciels.

Sur le plan économique****, 80% des coûts des accidents de la main sont dus au paiement des indemnités (rente ou capital) et des indemnités journalières tandis que les 20% regroupent sous le vocable « prestations en nature » tous les frais médicaux (du ramassage du blessé, son accueil en urgence, l'intervention, les traitements et soins post opératoires ,...) et de logistique nécessaire à la prise en charge y compris post opératoire. Cette répartition des coûts oblige à s'interroger sur d'éventuelles pistes pour diminuer les 80%. Les centres experts FESUM ont une réelle action de diminution des séquelles.

En matière d'accidents du travail la forte diminution du nombre de cas est en relation directe avec la prévention dans les entreprises, l'éducation des règles de sécurité tandis que les accidents de la vie courante (AcVC) ont fortement progressé pour représenter plus des 4/5ème des accidents de la main**. Ces AcVC sont en relation évidente avec le plus grand nombre de bricoleurs et l'utilisation non encadrée d'outils dangereux. L'aspect visuel d'une plaie de main ne présage pas de sa gravité ; en effet des lésions profondes tendino vasculo nerveuses peuvent exister sous une plaie infracentimétrique. À la suite d'une plaie de main, la qualité de vie peut être entravée, la diminution de la capacité fonctionnelle de la main peut conduire à des exclusions sociales. On perçoit qu'une prise en charge par le Réseau FESUM permet d'atténuer les séquelles fonctionnelles. Depuis plusieurs années, la notion de perte de chance est entrée dans les prétoires.

Afin de favoriser l'égalité des chances, la DGOS devrait demander à chaque ARS, de s'assurer de la meilleure répartition possible du réseau FESUM, toutefois on se heurtera au croisement des courbes entre l'augmentation des blessures de la main (par AcVC) et la diminution du nombre de chirurgiens de la main. Les faits de société sont là , seule la qualité de vie et l'attraction professionnelle par le compagnonnage peuvent freiner cette diminution

Enfin pour renforcer le constat de l'intérêt de soins primaires de qualité, il convient de rappeler le système de réparation des Accidents du Travail (AT). Un taux d'Incapacité Permanente Partielle -IPP, supérieur à 10% donne droit à une rente à vie, en revanche si ce taux d'IPP est égale ou inférieur à 9% il donne droit au versement d'un capital en une fois. Le ratio est supérieur à 50 en cas de rente à vie chez un jeune blessé. Quand on regarde sur beaucoup années écoulées, que le taux moyen d'IPP des accidents de la main en AT est autour de 10%, ce chiffre appelle à favoriser les moyens pour diminuer le taux d'IPP, seule une meilleure qualité des soins primaires peut le faire. La réparation

optimale des lésions traumatiques de la main dès le premier traitement est donc le meilleur placement pour les organismes payeurs. Les pays dont la protection sociale est plus de type assurantiel œuvrent dans ce sens.

Que réclame la FESUM pour conserver l'efficacité des SOS Mains ?

La FESUM réclame urgemment une reconnaissance des PTS AD et une rémunération d'accueil (et non sur les actes CCAM) afin de payer les ressources humaines dont certaines en horaires décalés voire très décalés. Pour rappel les GHS rémunèrent le coût des salles d'intervention et aucunement la phase de triage des urgences, la PDSES rétribue la disponibilité permanente des praticiens.

. Sur le plan national, les 70 centres FESUM, publics et privés, traversent une crise profonde organisationnelle, générationnelle et financière, en l'absence des PTS AD, de nombreux centres FESUM disparaîtront progressivement. Angers n'est qu'une situation plus aigüe liée à sa configuration très spécifique. On perçoit l'utilité en matière de santé publique et donc l'urgence d'officialiser les PTS AD. En cas de persistance de ce manque réglementaire, il se développera progressivement un nouveau désert national celui de la traumatologie de la main comme au temps des années 70 avant la microchirurgie, mais dans un contexte sociétal bien différent. Les chirurgiens experts poursuivront à terme une activité sans être dérangés par les urgences et ouvriront la voie de la discrimination dans le choix des blessés qui plus est seulement aux heures de bureau.

Pour conclure.

Les Pouvoirs Publics ont réussi, sur l'ensemble du territoire, à égaliser les chances de prise en charge des patients en état d'urgence vitale depuis la réforme en date de 1997.

Les Urgences de la Main sont de réelles urgences, au nombre de plus 2,1 millions, elles peuvent entraîner des séquelles fonctionnelles à vie. La suppression des POSU en 2006 est compensée pour partie par les 70 centres experts de la FESUM. Ils sont pour beaucoup d'entre eux à la croisée des chemins soit par perte de leur identité dans les très grandes Structures de Médecine d'Urgence -SMU soit par absence de rémunération des moyens nécessaires à l'accueil des blessés. Les PTS AD doivent permettre la survie des Centres FESUM dédiés tant dans le Public que dans le Privé en identifiant des filières de circuit court sanctuarisées pour éviter la iatrogénie des variables d'ajustement dans les grandes SMU et par la rémunération du service rendu, voire d'une mission de service public dans les centres privés.

Les décideurs doivent de toute urgence achever les réformes entreprises et assurer la continuité administrative nécessaire pour mettre fin au déni de réalité des urgences de la main. La mise en place des PTS AD est attendue depuis deux décennies ; l'heure n'est plus aux délais. Sans une reconnaissance immédiate, la traumatologie de la main fera face à un désert médical sans précédent. Ce serait un recul inacceptable vers les années 70, effaçant l'héritage des pionniers visionnaires qui ont bâti la FESUM pour protéger l'intérêt général.

Dr Guy Raimbeau

Fondateur du Centre de la Main d'Angers Trélazé.
Ancien Président de la FESUM et de la SFCM.
Membre de l'Académie National de Chirurgie.
Distingué « Pionnier en Chirurgie de la Main »
Congrès Mondial de la Chirurgie de la Main (IFSSH) Washington DC 2025

* Source Dress en 2023. #21millions en 2016

**Livre Blanc 2018 Etat des lieux des urgences de la main en France- www.fesum.fr

*** SAU Service d'Accueil et de traitement des Urgences.

*** UPATOU Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences.

*** POSU Pôle Spécialisé d'accueil et de traitement des Urgences.

**** Raimbeau G, La FESUM. Chir Main 2003,22(5) 258-263 .

***** UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.

Février 2026
