

Rapport des experts

Urgences Mains et Permanence Des Soins des Etablissements de Santé

Avril 2012

Docteur Christian Couturier
Docteur Christian Dumontier
Docteur Thierry Kapandji
Docteur Frédéric Teboul

Etat des lieux de la traumatologie de la main en France

Selon l'enquête réalisée par la fédération des services d'urgence main (FESUM) en 2002, il y a 1 400 000 traumatismes par an en France au niveau de la main dont 620 000 sont des traumatismes sérieux ou graves qui peuvent laisser des séquelles indemnissables (6,8).

La répartition des urgences de la main évolue avec le contexte sociétal. Actuellement environ 950 000 traumatismes de la main concernent les accidents de la vie courante et 400 000 concernent les accidents du travail.

La situation en Île-de-France est difficile à objectiver formellement néanmoins on peut considérer qu'il y a 90 000 accidents par an concernant la main en Île-de-France dont 40 000 graves.

Ces accidents ont des conséquences néfastes pour le patient lui-même entraînant bien souvent une perte de salaire et des coûts directs en raison de certains frais non remboursés. Les coûts indirects sont plus difficiles à objectiver néanmoins ils peuvent être conséquents en lorsqu'une incapacité même temporaire sera présente.

Les coûts sont aussi conséquents pour la collectivité. En ce qui concerne la chirurgie de la main, 80 % de la dépense de santé est lié à l'indemnisation (arrêts de travail et séquelle) (9). Suite à un traumatisme de la main, lorsqu'une IPP est inférieure à 9 %, elle coûte en moyenne pour la collectivité 1479 € par patient. Lorsque cette IPP est supérieure ou égale à 10 %, il y a un coût supplémentaire conséquent puisque la moyenne de cette IPP coûte 85 405 € par patient.

La traumatologie en général concerne principalement la main ou le poignet. En 2002, une enquête de la CNAM réalisée essentiellement sur la pratique libérale avait montré que 71 % des dossiers de traumatologie étaient liés à une intervention sur le poignet ou sur la main (14).

En 2002, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation a étudié l'activité de 373 services d'urgence en une semaine. On a comptabilisé 165 321 passages .La traumatologie concernait 29,4 % de passage. 25 % de la traumatologie concernaient une plaie de la main (13).

Il y a donc tout intérêt à faire en sorte que la prise en charge soit la plus optimal possible pour diminuer le retentissement médico-économique de ces traumatismes.

Indirectement, cette problématique fait partie des priorités de santé publique dans notre pays au moins par les objectifs de prise en charge et de gestion du handicap.

Coût des urgences de la main

Une présentation a été faite par le directeur d'un établissement public lors des rencontres de la FESUM en 2010. Elle se base sur l'étude nationale des coûts à méthodes communes qui est le fruit d'une collecte d'informations des établissements de santé publics et privés sur la base d'une comptabilité analytique hospitalière. La base de l'étude rapportée est sur l'activité de 2009

7 actes couramment réalisés en chirurgie de la main ont été sélectionnés. Dans un premier temps la structure du coût des GHM a été évaluée pour les établissements. Le tableau N°1 rapporte les résultats de cette étude.

Tableau 1 : structure du coût du GHM pour les établissements. Base 2009.

SECTEUR PUBLIC 2009								
GHM	Libellé GHM	Coût complet hors structure	Dépenses cliniques + SI + SC + REA	Dépenses MT	Dépenses LGG	Dépenses LM	Charges directes : conso & DMI	
AMBULATOIRE								
08C44]	Autres interventions sur la main : suture d'extenseur	1 277	171	497	300	82	227	
08K02]	Affections de l'appareil musculosquelettique, avec anesthésie : fracture et parage et/ou suture de plaie profonde	929	191	338	230	55	115	
09K02]	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés, avec anesthésie : parage et/ou suture de plaie profonde	833	177	274	211	40	131	
21C02]	Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures : reconstruction par lambeau lors d'amputation d'un doigt	2 037	149	847	491	109	439	
21C04]	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures : acte fléchisseur, artère, nerf sur un rayon	1 682	125	713	440	97	306	
HOSPITALISATION COMPLETE								
21C021	Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures : réimplantation d'un doigt avec greffe de peau	2 924	676	1 214	366	168	501	
21C041	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures : réimplantation d'un doigt avec greffe de doigt	3 555	689	1 650	367	224	625	
SECTEUR PRIVE 2009								
GHM	Libellé GHM	Coût complet hors structure	Dépenses cliniques + SI + SC + REA	Dépenses MT	Dépenses LGG	Dépenses LM	Charges directes : conso & DMI	Honoraires
AMBULATOIRE								
08C44]	Autres interventions sur la main : suture d'extenseur	857	70	147	165	32	98	344
08K02]	Affections de l'appareil musculosquelettique, avec anesthésie : fracture et parage et/ou suture de plaie profonde	590	112	80	151	22	60	165
09K02]	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés, avec anesthésie : parage et/ou suture de plaie profonde	506	69	81	124	15	47	170
21C02]	Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures : reconstruction par lambeau lors d'amputation d'un doigt	1 615	83	269	209	41	149	864
21C04]	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures : acte fléchisseur, artère, nerf sur un rayon	1 250	94	234	212	46	162	503
HOSPITALISATION COMPLETE								
21C021	Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures : réimplantation d'un doigt avec greffe de peau	2 153	241	404	167	76	264	1 001
21C041	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures : réimplantation d'un doigt avec greffe de doigt	2 137	323	370	207	91	282	864

Dans un second temps il a été réalisé une approche de rentabilité tout d'abord en ambulatoire et en hospitalisation. Les résultats sont présentés dans les tableaux N°2 et 3.

Tableau 2 : Rentabilité du GHM en ambulatoire pour les établissements. Base 2009.

Secteur public 2009				
GHM	Libellé du GHM	TARIF (en euros)	Coût moyen du GHM	Résultat unitaire
08C44J	Autres interventions sur la main : suture d'extenseur	1 402	1 277	125
08K02J	Affections de l'appareil musculosquelettique, avec anesthésie : fracture et parage et/ou suture de plaie profonde	861	939	-78
09K02J	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés, avec anesthésie : parage et/ou suture de plaie profonde	821	833	-12
21C02J	Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures : reconstruction par lambeau lors d'amputation d'un doigt	1 225	2 037	-812
21C04J	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures : acte fléchisseur, artère, nerf sur un rayon	930	1 682	-752

Secteur privé 2009					
GHM	Libellé du GHM	TARIF (en euros)	Honoraires	Coût moyen du GHM	Résultat unitaire
08C44J	Autres interventions sur la main : suture d'extenseur	614	344	857	101
08K02J	Affections de l'appareil musculosquelettique, avec anesthésie : fracture et parage et/ou suture de plaie profonde	371	165	590	-54
09K02J	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés, avec anesthésie : parage et/ou suture de plaie profonde	126	170	506	-210
21C02J	Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures : reconstruction par lambeau lors d'amputation d'un doigt	836	864	1 615	85
21C04J	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures : acte fléchisseur, artère, nerf sur un rayon	800	503	1 250	53

Tableau 3 : Rentabilité du GHM en hospitalisation pour les établissements. Base 2009.

Secteur public 2009				
GHM	Libellé du GHM	TARIF (en euros)	Coût moyen du GHM	Résultat unitaire
21C021	Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures : réimplantation d'un doigt avec greffe de peau	2 402	2 924	- 522
21C041	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures : réimplantation d'un doigt avec greffe de doigt	2 075	3 555	- 1 480

Secteur privé 2009					
GHM	Libellé du GHM	TARIF (en euros)	Honoraires	Coût moyen du GHM	Résultat unitaire
21C021	Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures : réimplantation d'un doigt avec greffe de peau	959	1 001	2 153	- 194
21C041	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures : réimplantation d'un doigt avec greffe de doigt	1 299	864	2 137	26

On constate que dans le secteur privé ou le secteur public, la chirurgie de la main, pour certains actes très fréquents reste peu rentable. La rentabilité est un peu meilleure dans le secteur privé en raison de l'optimisation des coûts eu égard bien sûr aux missions qui ne sont pas tout à fait les mêmes dans les deux types d'organisation.

En conclusion de cette étude, on confirme l'exigence des tutelles de développer le secteur ambulatoire ou les coûts peuvent être optimisés et la rentabilité un peu meilleure. Quoi qu'il en soit, pour un établissement, « la main » est peu rentable s'il n'y a pas un grand volume d'actes réalisés.

Organisation de la prise en charge des urgences de la main en France dans le cadre de la FESUM

La FÉdération des Services d'Urgence Main est née en 1979 d'une constatation de neuf chirurgiens de la main français qui étaient à l'époque des « grands patrons » des établissements publics. L'objectif était d'améliorer la prise en charge des urgences des blessés de la main(7).

Sa structuration en a fait une organisation européenne qui a plusieurs objectifs : tout d'abord elle vise à l'accréditation des centres qui veulent obtenir le label SOS MAIN. Les critères sont très rigoureux avec une révision annuelle du fonctionnement de tous les centres. Si un centre ne remplit plus les critères il peut être décidé de sa perte de labellisation par l'assemblée générale de la FESUM(1).

La FESUM a par ailleurs des objectifs de recherche puisqu'elle produit un certain nombre d'articles tant dans le domaine organisationnel que médico-économique ou scientifique.

Enfin elle participe à des missions d'enseignement et de prévention. Une grande campagne de prévention des traumatismes de la main est lancée en France depuis 2010.

Les centres sont homologués par la FESUM selon des critères rigoureux(2).

Critères de qualité des intervenants :

Au moins 3 chirurgiens seniors spécialisés en chirurgie de la main, titulaires d'un diplôme interuniversitaire de chirurgie de la main et du membre supérieur et d'un diplôme universitaire de microchirurgie

Au moins un des chirurgiens doit être membre titulaire du GEM (société française de chirurgie de la main)

Critères de qualité de la structure :

La structure doit être dotée d'un centre d'accueil d'urgence 24 heures sur 24 et sept jours sur sept.

Le bloc opératoire doit être doté de salles opératoires dédiées avec du matériel spécifique comprenant par exemple du matériel micro chirurgical, un microscope opératoire et du matériel d'ostéosynthèse pour les petits fragments osseux.

Une structure d'ambulatoire est requise.

Une structure de kinésithérapie avec au moins un kinésithérapeute spécialisé dans la main et le membre supérieur.

Une structure de soins de suite qui permet de prendre en charge tous les pansements complexes en externe avec une surveillance médicale est infirmière. Cette structure est dédiée ou peut-être partager avec d'autres spécialités mais doit permettre un accès quotidien au patient qui sont pris en charge en externe.

Des critères d'activité :

Il faut une activité clinique depuis plus de un an.

Il faut au moins 2 interventions en urgence par jour concernant des traumatismes de la main spécifique du SOS MAIN.

La FESUM en France

La FESUM est constituée en France de 51 centres homologués dont 21 sont publiques (17 CHU) et 30 sont privés.

La répartition est harmonieuse sur toute la France a avec néanmoins des zones moins bien desservies comme la région centre par exemple. Elle est forte de plus de 200 membres qui ont tout le titre de chirurgiens de la main ou sont en cours de formation pour l'obtenir.

Le titre de chirurgiens de la main est attribuée par une commission spécifique de la société française de chirurgie de la main selon des critères rigoureux(11).

Le Groupement de Coopération Sanitaire Prévention Main Île-de-France

Le GCS préventions main Île-de-France est né en 2011. Il est l'évolution naturelle du réseau préventions main Île-de-France lui-même la réunion des réseaux préventions main ouest et est parisien créés l'un et l'autre en 2004 et 2003.

Les chirurgiens de la main ont constaté que beaucoup de patients victimes d'une blessure occasionnant des séquelles avaient des conséquences socioprofessionnelles et parfois psychologiques dramatiques qui n'étaient pas vraiment considérées à leur juste niveau par la collectivité.

Le dysfonctionnement dans la prise en charge de ces patients est souvent lié à une **mauvaise orientation initiale** en urgence entraînant retard de prise en charge ou prise en charge insuffisante, occasionnant perte de chance et bien souvent des séquelles.

Les **soins secondaires** sont aussi parfois insuffisants avec la nécessité d'une prise en charge spécifique de certains traumatismes complexes requérant une formation spécifique des professionnels de santé notamment en ville.

Par ailleurs, la **prise en charge socioprofessionnelle** ne se fait bien souvent de manière décalée après une longue période d'arrêt de travail et de désocialisation qui entraîne bien souvent des situations personnelles et professionnelles dramatiques.

La **dimension psychologique** est rarement prise en compte dans les traumatismes. Or la main a une représentation particulière dans la société et un défaut fonctionnel sur une main peut avoir un retentissement psychologique important.

La **coordination entre professionnels de santé** et la **circulation de l'information** restent des problèmes difficiles à résoudre. Néanmoins une organisation de coordination telle que le réseau de santé permet d'améliorer considérablement cette prise en charge coordonnée pour les patients qui requièrent une attention particulière et qui bénéficie de la structure.

Enfin, **l'absence d'actions de prévention spécifique** participe aussi à la méconnaissance de la problématique. La FESUM a engagé une campagne de prévention nationale et le Réseau Prévention Main Île-de-France étendu maintenant dans le cadre du Groupement de Coopération Sanitaire, réalise plusieurs fois par an des soirées d'information ou des sujets spécifiques sur la traumatologie de la main et du membre supérieur sont présentés au grand public et aux professionnels de santé. C'est l'occasion de réaliser des actions de prévention. Des formations et des actions de prévention sont aussi organisées par l'intermédiaire du réseau au sein des grandes entreprises franciliennes.

Toutes ces missions actuellement remplies par le réseau sont des missions bénévoles auxquels participent tous les professionnels de santé et notamment les chirurgiens de la main adhérant à la structure. Tous les centres FESUM sont aujourd'hui partenaires du GCS.

Typologie des urgences de la main.

En 2011, le Docteur Thierry Dubert, actuel président de la FESUM a publié un mémoire à l'Académie National de Chirurgie qui établit les règles de prise en charge des urgences de la main en France (10). Si les plaies de la main avec polytraumatisme associé et les plaies isolées et graves de la main ne posent pas de véritable problème de prise en charge, il en est tout autrement pour les plaies sans gravité évidente. Il précise très clairement les difficultés rencontrées lors de ces plaies d'apparence bénignes dont seule l'exploration révélera la gravité réelle.

D'autres organisations se sont-elles aussi intéressées à la problématique de la gestion de ces urgences de la main.

En mai 2006, le cas communiqué de l'académie nationale de médecine à précise les modalités de prise en charge des urgences de la main(3).

La 12^e conférence de consensus de la société francophone de médecine d'urgence établie en 2005 les modalités de prise en charge des plaies aux urgences. Elle reprend en grande partie les recommandations et la hiérarchisation des urgences de la main telle qu'elle a été évoquée par la FESUM en 2002 (4).

Enfin, la première conférence d'experts de la FESUM de Biarritz en 2007 sur la prise en charge et l'orientation des plaies de la main rassemblait les chirurgiens de la main, les représentants des sociétés de chirurgie de la main de chirurgie orthopédique traumatologique et de la société francophone de médecine d'urgence. Elle vient entériner les décisions de 2002 (15).

En conséquence, il a été déterminé une typologie des urgences de la main qui sont les lésions les plus sévères ou qui peuvent masquer des lésions qui ne doivent pas échapper à la prise en charge spécifique des chirurgiens formés pour le faire.

Ces lésions sont :

Les injections sous pression ou la gravité est telle que chaque minute de prise en charge perdue est une perte de chance.

Les amputations ou dévascularisations où la prise en charge la plus rapide qui soit augmentera, les chances de récupération.

Les pertes de substances tissulaires qui requièrent la plupart du temps une reconstruction micro chirurgicale nécessitant la connaissance technique et l'expérience chirurgicale pour réaliser des lambeaux uni ou pluritissulaires qu'il soit locaux ou à distance avec transferts tissulaires.

Les lésions de la face palmaire de la main

Les lésion des tendons fléchisseurs. De toute petite lésion au niveau de la paume de la main peuvent entraîner des sections partielles ou complètes des tendons fléchisseurs. Une section partielle ne présentera aucun déficit fonctionnel au départ mais entraînera une rupture secondaire dont la reconstruction nécessite inéluctablement une greffe. Pourtant la réparation précoce augmente considérablement les chances de récupération fonctionnelle.

La lésion des tendons fléchisseurs nécessite une technique de suture qui requiert de l'expérience tant au niveau de la chirurgie que de la prise en charge secondaire du patient avec une kinésithérapie spécifique aujourd'hui validée par les sociétés savantes de chirurgie de la main et de rééducation fonctionnelle. Ceci ne peut être réalisé que dans des centres formés à cette spécificité.

La relation déjà établie entre les centres SOS main et leurs correspondants par exemple kinésithérapeutes ou infirmières qui exercent en ville permet cette prise en charge optimisée. En effet la plupart de ces correspondants ont été formés à la spécificité des lésions des tendons fléchisseurs par des formations pratiques soit dans les structures SOS MAIN universitaires, soit par des structures agréées et spécialisées en chirurgie ou rééducation de la main, soit par les sessions de formation du Réseau Prévention Main.

Les lésions artérielle et nerveuse. Ces lésions sont parfois négligées car le déficit n'est pas toujours évident en urgence. Elle requiert une réparation micro chirurgicale dont la réussite dépendra directement l'expertise et l'expérience du chirurgien. Une formation universitaire validée est nécessaire mais une pratique régulière est aussi requise pour fiabiliser le résultat.

Les séquelles de ces lésions négligées au niveau vasculaire peuvent conduire à l'amputation secondaire d'un doigt et au niveau nerveux à des névromes et des déficits sensitifs qui nécessitent parfois de la chirurgie secondaire et qui peuvent entraîner une perte fonctionnelle d'un segment digital par défaut de sensibilité ou par exclusion. Il s'y associe plus fréquemment des algodystrophies dont le pronostic à terme est rarement très bon.

Les délabrements multi tissulaires qui requièrent bien souvent une reconstruction en urgence nécessitant des techniques micro chirurgicales à la fois par des lambeaux tissulaires incluant parfois des structures osseuses prises à distance du site de blessures ainsi que l'expérience de la reconstruction des segments ostéo-articulaires avec des outils d'ostéosynthèse miniaturisée.

Les lésions complexes du poignet et du carpe. En effet, les structures qui touchent l'articulation du poignet sont souvent méconnues et leur prise en charge secondaire parfois très à distance de la lésion initiale entraîne inéluctablement une séquelle fonctionnelle vectrice d'invalidité ou d'incapacité temporaire. la connaissance de tous les éléments ligamentaires et des particularités fonctionnelles et articulaires du carpe est acquise dans des formations spécifiques dont fait partie le diplôme inter universitaire de chirurgie de la main et du membre supérieur. Leur prise en charge optimisée notamment sur la qualité de la reconstruction ostéo-articulaire ou ligamentaire initiale augmente les chances de récupération fonctionnelle et diminuent la durée des arrêts de travail.

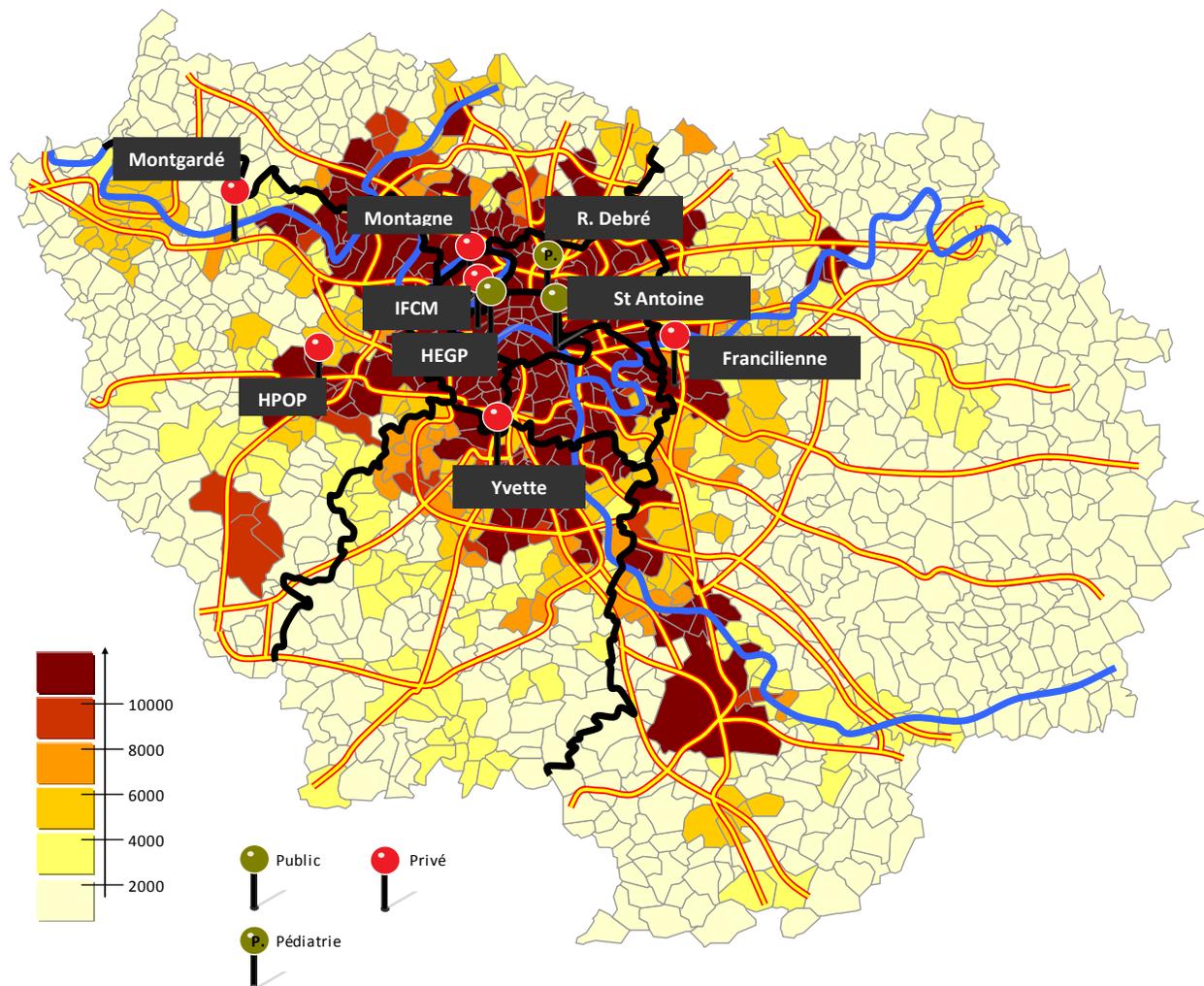
Etat des lieux de l'existant

Il existe aujourd'hui 9 centres labellisés SOS main en Île-de-France dont 3 au sein des établissements publics. Selon l'étude publiée en 2002 sur les urgences de la main, on estime que 15 % des urgences de la main est pris en charge dans les centres spécialisés(8). Un pourcentage supplémentaire de ces urgences est vu secondairement à une prise en charge initiale dans un autre centre non spécialisé. Ceci lorsque les patients ont présenté des lésions requérant une reconstruction tissulaire ou de la microchirurgie sans signes de gravité apparents initiaux et que des troubles secondaires précoces se sont secondairement révélés.

Cartographie

La cartographie francilienne est présentée sur la figure N° 1.

Figure N°1 : cartographie de centres SOS MAIN en Ile-de-France.



On peut constater qu'il y a une concentration sur Paris et la petite couronne et qu'il y a des zones mal desservies. Elles correspondent en général à des territoires de faible densité de population néanmoins la FESUM par sa représentation francilienne veille à ce que de nouveaux développements puissent se faire dans des zones actuellement dépourvues dans cette offre de soins.

Activité des centres SOS MAIN

L'activité des établissements est relatée dans le tableau N°4

Tableau 4 : activité des centres SOS MAIN pour l'année 2011(sources codes CCAM des établissements).

Etablissement (chiffres 2011)	Nb total urgences	nb urgence 20h-8h	Nb urgences week end
Hôpital Robert DEBRE (SOS MAIN enfants) 75	1005	80	
Clinique Victor HUGO (SOS MAIN IFCM) 75	777	68	172
Clinique de l'Yvette (SOS MAIN clinique de l'Yvette) 91	667	17	307
Hôpital Privé Ouest Parisien Trappes (SOS MAIN ouest parisien) 78	3268	74	656
Clinique La Francilienne (SOS MAIN Est Parisien) 77	3807	306	888
Hôpital Saint Antoine (SOS MAIN Saint Antoine) 75	1750	507	426
Clinique de La Montagne (SOS MAIN CCMPO) 92	1568	0	550
Hôpital Européen Georges Pompidou (SOS MAIN HEGP) 75	1068		
Centre Hospitalier Privé du Montgardé (SOS MAIN Val de Seine) 78	1600	116	416

On constate qu'il est difficile d'obtenir les chiffres exacts de certains établissements en raison de l'incapacité des structures PMSI à fournir la quantité d'actes réalisés eu égard aux codes CCAM spécifiques de la chirurgie de la main.

En effet, lorsque l'on interroge les structures de PMSI à partir de ces actes, la réponse est donnée en GHM et ne correspond pas strictement au nombre d'actes de chirurgie de la main. Les chiffres sont donc un peu discordants de la réalité.

Nous n'avons retenu pour ce rapport que les chiffres qui ont été comptabilisés par les praticiens ou les structures de PMSI à partir du nombre d'actes réalisé selon les codes CCAM sélectionnés et qui sont données en annexe 16.

Sur l'année 2011, le **nombre total d'urgences main** opérées dans les centres SOS main est de **13 942 patients**. Soit une moyenne de 1549 patients par centre.

Le **nombre total d'urgences opérées la nuit** c'est-à-dire entre 20 heures et huit heures du matin et de **1168 patients** sachant qu'il ne nous a pas été donné pour le moment les chiffres relatifs à l'hôpital Européen Georges Pompidou. Ceci représente une moyenne de 146 patients par nuit et par établissement

Par extrapolation, le **nombre d'urgence main opérées la nuit est de 3,2 patients** pour toute l'Île-de-France. Il ne nous a pas été possible de séparer la nuit entre 20 heures et 22 heures puis la nuit profonde à l'aide des données de différentes structures PMSI.

Le **nombre d'urgences opérées le week-end** c'est-à-dire le samedi et le dimanche excluant la nuit et de **3415 patients** sachant qu'il manque les chiffres de l'hôpital Robert Debré et de l'hôpital Européen Georges Pompidou. Ceci représente 487 patients en moyenne par établissement.

Après interrogation du PMSI au niveau de l'agence régionale de santé, il a été donné pour 2010 les résultats en GHM à partir des actes CCAM (annexe 16). En comparaison avec ce qui a été obtenu par le calcul exact des patients opérés de la main en 2011, on note que les chiffres sont cohérents. On peut donc conclure que même s'il y a quelques discordances (GHM qui appartienne à d'autres spécialités), les résultats obtenus sont fiables et cohérents avec la réalité.

Le résultat des 20 premiers établissements après interrogation des bases de données sont donnés dans le tableau numéro 5.

Tableau 5 : GHM pour les actes SOS MAIN réalisés en Ile-de-France au cours de l'année 2010. Base PMSI ARS.

RS	Catég	Département de résidence										TOTAL
		75	77	78	91	92	93	94	95	Hors IdF	NR	
CLINIQUE LA FRANCIENNE	Privé	82	1825	7	71	30	329	779	37	230	5	3395
HOP PRIV OUEST PARISIEN	Privé	39	7	2774	25	60	24	10	16	172	1	3128
HOPITAL SAINT ANTOINE	AP-HP	1050	52	36	41	139	206	179	66	89		1858
CLINIQUE LA MONTAGNE	Privé	161	15	136	15	1185	72	24	144	57	4	1813
CLINIQUE DE L'YVETTE	Privé	19	50	20	1415	38	12	52	4	68	1	1679
CTRE HOSP PRIVE MONTGARDE	Privé	9	5	1292	5	19	15	3	102	215	3	1668
HOP PRIVE NORD PARISIEN	Privé	20	9	7	8	7	142	3	1343	23		1562
HOPITAL PRIVE D'ANTONY	Privé	44	7	23	251	639	13	376	7	32	9	1401
CLIN VICTOR HUGO	Privé	599	28	69	31	214	94	79	60	102	5	1281
HOPITAL EUROPEEN G POMPIDOU	AP-HP	454	22	49	45	206	86	63	42	73		1040
CLINIQUE CONTI	Privé	8	3	14	3	8	4	6	670	323	1	1040
CLIN DU TROCADERO	Privé	469	27	58	19	170	68	61	43	62	1	978
CLINIQUE JOUVENET	Privé	274	35	55	32	119	45	57	54	277	6	954
HOPITAL ROBERT DEBRE	AP-HP	294	25	35	9	97	257	32	74	47		870
CLIN CHIR STE GENEVIEVE	Privé	392	17	34	33	167	53	114	21	35		866
HOPITAL TROUSSEAU	AP-HP	234	39	43	48	64	91	170	36	75		800
HOP PRIVE SEINE ST DENIS	Privé	12	32	5	3	1	691	7	13	28	1	793
CH PONTOISE	Public	6	2	56	1	11	8	2	639	54		779
CLINIQUE CLAUDE BERNARD	Privé	3		2		9	19		731	12	2	778
CH AULNAY	Public	9	57	5	4	6	636	7	22	25	2	773

Cahier des charges

homologation des centres

La priorité est d'homologuer les centres labellisés SOS MAIN selon les critères de la FESUM (agrément SOS main), qui est une condition sine qua non pour qu'un centre soit reconnu apte à recevoir des urgences de la main.

Accréditation des centres par l'agence régionale de santé

Un certain nombre de critères d'accréditation de l'agence régionale de santé sont déjà inclus dans l'agrément des centres par-là FESUM.

Nomination d'un coordinateur du centre avec un numéro de téléphone ciblé.

Actuellement la FESUM a un numéro indigo qui donne le numéro de téléphone de tous les centres SOS main.

Chacun des centres a un coordinateur qui est le responsable du centre et qui vérifie son bon fonctionnement ainsi que le respect des critères d'agrément.

Un numéro de téléphone est attribué à chaque centre SOS main et reste disponibles 24 heures sur 24.

Mise en place d'un référent de la permanence des soins.

Il sera en responsabilité des échanges avec l'agence régionale de santé. Il est entre autres le garant du respect des critères d'homologation du centre et d'accréditation et s'occupe notamment de tenir le registre des refus.

Le « 0 » refus

Les centres accrédités s'engagent à prendre en charge tous les patients qui leur sont adressés. Cependant, il peut y avoir des cas exceptionnels pour lesquelles un transfert peut être refusé.

En effet il est bien évident que si un chirurgien est en cours d'une intervention complexe (réimplantation de plusieurs doigts par exemple) et que cette intervention va durer plusieurs heures, il n'est pas raisonnable de prendre en charge un patient avec des lésions nécessitant un traitement chirurgical urgent. Le transfert vers un autre centre est nécessaire.

C'est ainsi que fonctionnent déjà les centres SOS MAIN avec une coordination par le SAMU qui propose les patients. Lorsqu'il y a une impossibilité de prendre en charge un patient dans l'établissement le plus proche, le coordinateur du SAMU contacte un des autres établissements SOS mains de l'Île-de-France.

Possibilité de retour vers le centre d'origine.

Il est tout à fait possible qu'un patient puisse être pris en charge secondairement en dehors de la structure où l'intervention chirurgicale a eu lieu en urgence. Cependant, d'un point de vue médico-légal et en accord avec la loi Kouchner, l'opérateur est en responsabilité quant au suivi du patient.

Actuellement, le chirurgien qui a opéré le patient en urgence assure habituellement un suivi épisodique avec un relais en ville par les structures compétentes. Grâce au travail du Réseau Prévention Main depuis 2004 et à la formation des professionnels de santé (aussi bien kinésithérapeutes qu'infirmières) par les organismes agréés formateurs, des sessions de formation spécifique aux problématiques de la traumatologie de la main du membre supérieur sont organisées. Ainsi, la coordination ville – hôpital est d'ores et déjà assurée pour une partie des patients qui présentent ce type de traumatisme y compris dans des lésions complexes. En effet, le chirurgien assure le suivi régulier du patient mais la plupart des soins, qu'il s'agisse de la kinésithérapie, des soins infirmiers ou de la gestion de la douleur sont réalisés en externe dans des structures ou dans des cabinets spécialisés.

La prise en charge ambulatoire des traumatismes de la main est maintenant validée ce qui limite considérablement les hospitalisations prolongées. Les retours vers les centres d'origines se font relativement rares car ils ne sont pas nécessaires pour un bon nombre de patients(12).

Recommandation du groupe de travail

Améliorer le tri des patients pris en charge en urgence pour optimiser leur orientation

Tout ne peut pas aller dans les centres SOS MAIN.

Comme il a été vu précédemment, les urgences spécifiques de la main qui requièrent un avis spécialisé ou une prise en charge immédiate dans un centre ultraspécialisé, doit être orientée vers un centre SOS MAIN.

Pour les autres lésions, elles seront évaluées dans le service d'urgence de l'établissement d'accueil. Si des lésions présentent des critères de gravité potentielle selon la typologie des lésions précédemment définies, le transfert doit être organisé vers le centre SOS MAIN le plus proche.

Augmenter le nombre de SOS main en Île-de-France.

Selon le livre blanc de la Fédération Européenne des Sociétés de Chirurgie de la Main, il est souhaitable qu'il y ait un centre SOS MAIN pour un million d'habitants (5). En Île-de-France, il y a un centre SOS main pour 1,5 millions d'habitants. La FESUM par sa représentation régionale, doit encourager les établissements qui sont demandeurs, à répondre aux critères de labellisation pour devenir agréer SOS MAIN. Il serait souhaitable d'avoir deux ou trois centres supplémentaires sur le territoire.

Conserver et améliorer la structure de prise en charge pour les urgences de la main infantile.

Il n'existe actuellement qu'un seul centre labélisé SOS main habilité à prendre en charge les petits enfants. Il s'agit de l'hôpital Robert Debré. Il est donc nécessaire de développer avec l'Assistance Publique et le centre SOS MAIN de l'hôpital Robert Debré, les possibilités de collaboration avec d'autres centres habilités à en prendre en charge la chirurgie de la main de l'enfant afin d'assurer une permanence des soins pour ces urgences main infantile. Peut-être faut-il aussi envisager l'agrément des anesthésistes pour la prise en charge des petits enfants (moins de 3 ans) et la possibilité d'une hospitalisation dans les centres FESUM basée sur le volontariat des centres.

Astreinte plutôt que garde SOS main.

Il y a relativement peu d'urgences immédiates à traiter la nuit en Île-de-France. La garde sur place n'est donc pas nécessaire. Une astreinte opérationnelle est suffisante. Cependant, il y a une garde sur place des médecins urgentistes qui reçoivent en première ligne les patients. Jusqu'à présent, il n'y a jamais eu de défaut de prise en charge d'un patient par retard du chirurgien. En dehors des injections sous pression rarissimes, le délai d'arrivée des chirurgiens ne peut pas constituer une perte de chance dans l'heure qui suit la prise en charge aux urgences.

Conservation de tous les centres SOS main la nuit.

Étant donné le peu d'urgence en moyenne la nuit, on peut se poser la question de l'utilité du maintien de tous les centres en nuit profonde.

Il y a peu de centres SOS main et la proximité reste un critère de qualité à considérer. Comme les centres fonctionnent en astreinte et que celles-ci ne sont pas rémunérées, il n'y a pas de différence de coût pour le payeur qu'il y ait un ou plusieurs centres ouverts.

Cependant, si certains centres proches géographiquement souhaitent mettre en place une astreinte alternée, on peut tout à fait envisager des conventions qui aillent en ce sens. Il suffit simplement que les organismes qui prennent en charge et qui transportent les patients connaissent la liste de garde et la disponibilité du centre tout comme cela a été envisagé pour la nuit profonde en orthopédie.

On peut donc envisager 8 à 6 centres SOS MAIN disponibles la nuit sur toute l'Île-de-France.

Rémunération de l'astreinte

Culturellement, les astreintes SOS main, en tout cas dans le privé, n'ont jamais été rémunérées. Nous ne souhaitons pas de rémunération pour ces astreintes. En revanche, et eu égard au budget éventuellement réservé pour ce type d'organisation, on peut envisager une rémunération pour les établissements de manière à ce que l'on puisse financer l'astreinte opérationnelle d'une infirmière de bloc opératoire et d'une assistance opératoire qui sont nécessaires au bon déroulement des actes chirurgicaux la nuit. Ceci sera à évaluer par l'Agence Régionale de Santé. Les MIGAC actuellement en place dans 3 centres devraient être rediscutés. Une aide de ce type peut être renouvelée ou adaptée aux impératifs financiers actualisés de l'ARS.

Application des critères de l'ARS.

Le maintien d'un centre dans la permanence des soins requiert qu'il respecte les engagements pris auprès de l'ARS en ce qui concerne le cahier des charges avec notamment le coordinateur, le numéro de téléphone dédié, un registre des refus le cas échéant et l'engagement de la prise en charge systématique sauf exceptions déjà évoquées.

Formation des juniors

Actuellement, le titre de chirurgien de la main ne peut être attribué qu'avec la validation d'un post-internat de deux ans dans un centre SOS main. Il est donc essentiel que les établissements publics représentés en Île-de-France par l'Assistance Publique des hôpitaux de Paris renforce la place qui est la sienne pour la formation des jeunes chirurgiens avec au moins 2 centres formateurs. Ceci nécessite une concertation qui dépasse l'objet de ce rapport mais qui sera sollicité par la FESUM.

Annexes et références

- 1- [Statuts de la FESUM](#)
- 2- [Règlement intérieur de la FESUM](#)
- 3- Prise en charge des urgences de la main. Communiqué de l'Académie Nationale de Médecine. C. Kenesi. Le 30 mai 2006.
- 4- Prise en charge des plaies aux urgences. 12^e conférence de consensus de la société francophone de médecine d'urgence. Clermont-Ferrand. 2 décembre 2005
- 5- White book on hand surgery in Europe. www.fessh.com.
- 6- Livre blanc. Une chirurgie de la main en France, sous l'égide de la société française de chirurgie de la main, tables rondes sous la direction de G. Rimbeau, décembre 1997.
- 7- Naissance et évolution de la fédération des services d'urgence main. Y. Allieu, FESUM. Chirurgie de la main 22 (2003) : 223 – 224.
- 8- Huit jours d'urgence main. Rapport de l'audit réalisé dans les centres FESUM du trois au 9 juin 2002. Dubert T, Allieu Y, Bellemère P, Egloff D, Nonnenmacher J, Baudet J, Haloua JP, Masmejean E, Marin-Braun F, Poirier P, Sassooun D. Chirurgie de la main 22 (2003) 225 – 232.
- 9- Coût des urgences main. G. Raimbeau, FESUM. Chirurgie de la main 22 (2003) 258 – 263.
- 10- État des lieux de la prise en charge des urgences main en France Dubert T e-mémoires de l'Académie Nationale de chirurgie 2011, Vol.10, n° 2 (Pages 027-030. Accès au pdf
- 11- La formation du chirurgien de la main. F. Moutet et all, FESUM. Chirurgie de la main 22 (2003) 243 – 245
- 12- Y a-t-il une place pour la prise en charge ambulatoire des urgences ? JF. Schuhl, FESUM. Chirurgie de la main 22 (2003) 246 – 248.

13- www.atih.sante.fr, rubrique rapports et études.

14- Résultat de l'enquête sur les accidents de la vie courante. Année 2002 et 2003. B. Thélot, C. Ricard. Réseau Epac. Institut de veille sanitaire, octobre 2005. www.invs.fr, rubrique publications.

15- Prise en charge et orientation des plaies de la main. Conférence d'experts dirigés par E. Masméjean, L. Obert. Première conférence d'experts de la FESUM, Biarritz, 29 septembre 2007. [Accès libre](#)

16- Urgences mains en 2002 Chirurgie de la main » octobre 2003, vol. 22, n°5, p 221-272. [Accès libre](#)

17- Codes CCAM ayant servis à l'étude.

ANNEXE 1
STATUS DE LA FESUM

ANNEXE 2
REGLEMENT INTERIEUR DE LA FESUM

ANNEXE 3

Prise en charge des urgences de la main. Communiqué de l'Académie Nationale de Médecine. C. Kenesi. Le 30 mai 2006.

ANNEXE 4

Prise en charge des plaies aux urgences. 12^e conférence de consensus de la société francophone de médecine d'urgence. Clermont-Ferrand. 2 décembre 2005

ANNEXE 5

White book on hand surgery in Europe. www.fesh.com.

ANNEXE 7

Naissance et évolution de la fédération des services d'urgence main. Y. Allieu, FESUM. Chirurgie de la main 22 (2003) : 223 – 224.

ANNEXE 8

Huit jours d'urgence main. Rapport de l'audit réalisé dans les centres FESUM du trois au 9 juin 2002.
Dubert T, Allieu Y, Bellemère P, Egloff D, Nonnenmacher J, Baudet J, Haloua JP, Masméjean E,
Marin-Braun F, Poirier P, Sassoon D. Chirurgie de la main 22 (2003) 225 – 232.

ANNEXE 9

Coût des urgences main. G. Raimbeau, FESUM. Chirurgie de la main 22 (2003) 258 – 263.

ANNEXE 10

État des lieux de la prise en charge des urgences main en France Dubert T e-mémoires de l'Académie Nationale de chirurgie 2011, Vol.10, n° 2 (Pages 027-030. Accès au pdf

ANNEXE 11

La formation du chirurgien de la main. F. Moutet et all, FESUM. Chirurgie de la main 22 (2003) 243 – 245

ANNEXE 12

Y a-t-il une place pour la prise en charge ambulatoire des urgences ? JF. Schuhl, FESUM. Chirurgie de la main 22 (2003) 246 – 248.

ANNEXE 15

Prise en charge et orientation des plaies de la main. Conférence d'experts dirigés par E. Masméjean, L.Obert. Première conférence d'experts de la FESUM, Biarritz, 29 septembre 2007. [Accès libre](#)

ANNEXE 17

Codes CCAM ayant servis à l'étude.

Actes pratiqués en urgence

Code	Libellé
AHCA002	Suture de plaies de 2 nerfs digitaux palmaires et d'une artère digitale palmaire, sur un rayon de la main
AHCA006	Suture de plaies du nerf médian et du nerf ulnaire au poignet, par abord direct
AHCA012	Suture de plaie du nerf médian ou du nerf ulnaire au poignet avec suture de plaie de l'artère radiale ou de l'artère ulnaire, par abord direct
AHCA015	Suture de plaies d'un nerf digital palmaire et d'une artère digitale palmaire, sur un rayon de la main
AHCA016	Suture de plaie de nerf profond du membre supérieur en amont du poignet, par abord direct
AHCA018	Suture de plaie du nerf médian ou du nerf ulnaire au poignet, par abord direct
AHCA023	Suture de plaie d'un nerf digital palmaire, sur un rayon de la main
AHEA004	Autogreffe du nerf médian à l'avant-bras, par abord direct
AHEA008	Autogreffe du nerf médian ou du nerf ulnaire au poignet, par abord direct
AHEA011	Autogreffe du nerf ulnaire à l'avant-bras, par abord direct
AHEA016	Autogreffe nerveuse à la main, par abord direct
ECCA002	Pontage d'une artère de la main, par abord direct
ECCA003	Pontage d'une artère du membre supérieur, par abord direct
ECCA004	Suture de plaie d'une artère du membre supérieur, par abord direct
ECCA005	Suture de plaie d'une artère, sur un rayon de la main
ECFA005	Résection-anastomose d'artère du membre supérieur, par abord direct
MCFA005	Résection d'une extrémité et/ou de la diaphyse d'un os de l'avant-bras, sans interruption de la continuité
MDCA001	Ostéosynthèse de fracture de l'os scaphoïde, à foyer ouvert
MDCA003	Ostéosynthèse de fracture articulaire d'un os de la main par fixateur externe
MDCA004	Ostéosynthèse de fractures articulaires de plusieurs os de la main, à foyer ouvert
MDCA006	Ostéosynthèse de fractures de plusieurs os du carpe, à foyer ouvert
MDCA007	Ostéosynthèse de fractures extraarticulaires de plusieurs os de la main, à foyer ouvert
MDCA011	Ostéosynthèse de fracture extraarticulaire d'un os de la main, à foyer ouvert
MDCA012	Ostéosynthèse de fracture de la base du premier métacarpien, à foyer ouvert
MDCA013	Ostéosynthèse de fracture d'un os du carpe, à foyer ouvert
MDCA014	Ostéosynthèse de fracture articulaire d'un os de la main, à foyer ouvert
MDCB002	Ostéosynthèse de fractures articulaires de plusieurs os de la main par broche, à foyer fermé
MDCB003	Ostéosynthèse de fracture extraarticulaire d'un os de la main par broche, à foyer fermé
MDCB004	Ostéosynthèse de fractures extraarticulaires de plusieurs os de la main par broche, à foyer fermé
MDCB005	Ostéosynthèse de fracture articulaire d'un os de la main par broche, à foyer fermé
MDEP001	Réduction orthopédique de fractures de plusieurs os de la main

MDEP002	Réduction orthopédique d'une fracture d'un os de la main
MGCA001	Suture et/ou réinsertion de ligament articulaire du poignet, par arthrotomie
MGEA001	Réduction d'une luxation du poignet avec ostéosynthèse de fracture d'un os du carpe, par arthrotomie
MGEA002	Réduction d'une luxation du poignet, par arthrotomie
MGFA004	Exérèse de kyste synovial avec ténosynovectomie des extenseurs au poignet, par abord direct
MHCA002	Suture ou plastie de l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation métacarpophalangienne du pouce, par abord direct
MHCA003	Suture ou plastie de l'appareil capsuloligamentaire d'une articulation métacarpophalangienne
MHDA001	Arthrodèse de plusieurs articulations métacarpophalangiennes et/ou interphalangiennes de doigt, par arthrotomie
MHDA002	Arthrodèse intermétacarpienne du premier espace interosseux, par arthrotomie
MHDB001	Arthrorise temporaire d'une articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt par broche, par voie transcutanée
MHEA001	Réduction de luxation de plusieurs articulations métacarpophalangiennes et/ou interphalangiennes de doigt, par arthrotomie
MHEA002	Réduction d'une luxation ou luxation-fracture trapézométacarpienne, par arthrotomie
MHEA003	Réduction d'une luxation de l'articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt, par arthrotomie
MHEA004	Réduction d'une luxation ou luxation-fracture carpométacarpienne, par arthrotomie
MHEP002	Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt
MHEP004	Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture carpométacarpienne
MHJA001	Évacuation de collection articulaire de la main, par arthrotomie
MJCA001	Suture de plaie d'un tendon d'un muscle fléchisseur des doigts sur un rayon de la main, par abord direct
MJCA002	Suture de plaies des 2 tendons des muscles fléchisseurs des doigts sur un rayon de la main, par abord direct
MJCA003	Suture de plaies de tendon des muscles fléchisseurs des doigts, d'un nerf et d'une artère digitaux palmaires, sur un rayon de la main
MJCA006	Suture de plaies d'un tendon d'un muscle fléchisseur des doigts et d'un nerf digital palmaire, sur un rayon de la main
MJCA007	Suture de plaies des 2 tendons des muscles fléchisseurs des doigts et des 2 nerfs digitaux palmaires, sur un rayon de la main
MJCA008	Suture de plaies des 2 tendons des muscles fléchisseurs des doigts et d'un nerf digital palmaire, sur un rayon de la main
MJCA010	Suture de plaies de tendon des muscles fléchisseurs des doigts, des 2 nerfs et d'une ou deux artères digitaux palmaires, sur un rayon de la main
MJCA012	Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt par suture sur un rayon de la main, par abord direct
MJEA004	Réinsertion transosseuse de tendon sur une phalange d'un doigt, par abord direct

MJFA003	Excision d'un panaris profond de la pulpe des doigts [phlegmon pulpaire]
MJFA009	Excision de fasciite nécrosante de l'avant-bras et/ou de la main
MJJA001	Évacuation d'un phlegmon de gaine synoviale digitale ou digitocarpienne, par abord direct
MJJA002	Évacuation d'un phlegmon de gaine synoviale digitale ou digitocarpienne avec ténosynovectomie, par abord direct
MJJA003	Évacuation de suppuration profonde de la main et/ou de l'avant-bras n'atteignant pas les gaines synoviales, par abord direct
MJJA004	Évacuation d'un phlegmon de gaine synoviale digitale ou digitocarpienne étendu à la main et/ou à l'avant-bras, par abord direct
MJMA002	Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt avec suture de plaie d'une articulation, sur un rayon de la main
MJMA010	Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt par greffe ou plastie d'allongement ou de retournement sur un rayon de la main, par abord direct
MJMA015	Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt avec suture de plaies d'un nerf et d'une artère digitaux palmaires, sur un rayon de la main
MJMA016	Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt avec suture de plaie d'un nerf ou d'une artère digital palmaire, sur un rayon de la main
MJPA010	Incision ou excision d'un panaris superficiel
MZEA010	Réimplantation d'un doigt
MZFA013	Amputation ou désarticulation d'un doigt, sans résection du métacarpien
MZMA001	Réparation d'une hémisection antérieure du poignet avec ischémie complète de la main
MZMA004	Suture de plaie de tendon avec suture de plaie du nerf médian, à la face antérieure du poignet
PCMA001	Plastie d'allongement ou de raccourcissement de tendon par dédoublement ou retournement, par abord direct
QAGA001	Ablation de plusieurs corps étrangers profonds de la peau et des tissus mous du visage et/ou des mains
QAGA002	Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau du visage et/ou des mains
QAGA004	Ablation d'un corps étranger profond des tissus mous du visage ou des mains
QAJA004	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de moins de 3 cm de grand axe
QAJA006	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de 3 cm à 10 cm de grand axe
QCFA002	Excision de brûlure d'une main, sur moins de 1,25% de la surface corporelle
QCJA001	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la main
QCJA003	Pansement chirurgical initial de brûlure sur 1 main
QZEA006	Autogreffe de peau totale sur plusieurs localisations
QZEA008	Autogreffe du lit de l'ongle avec reposition de la tablette unguéale ou pose de prothèse
QZEA020	Autogreffe de peau mince ou demiépaisse, pleine ou en filet, sur une surface inférieure à 50 cm ²

QZEA024	Autogreffe de peau totale sur une localisation de surface égale ou supérieure à 10 cm ²
QZEA027	Autogreffe de peau mince ou demiépaisse, pleine ou en filet, sur une surface de 200 cm ² à 500 cm ²
QZEA031	Autogreffe de peau totale sur une localisation de surface inférieure à 10 cm ²
QZEA039	Autogreffe de peau mince ou demiépaisse, pleine ou en filet, sur une surface de 50 cm ² à 200 cm ²
QZFA009	Exérèse de l'appareil unguéal, avec réparation par lambeau pédiculé unguéomatriciel
QZFA020	Exérèse partielle ou totale de la tablette d'un ongle
QZFA029	Exérèse totale de l'appareil unguéal
QZFA039	Exérèse partielle de l'appareil unguéal
QZGA003	Ablation d'un corps étranger profond des tissus mous, en dehors du visage et des mains
QZGA006	Ablation de plusieurs corps étrangers profonds de la peau et des tissus mous, en dehors du visage et des mains
QZJA011	Évacuation de collection profonde de la peau et des tissus mous, par abord direct
QZJA012	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main
QZJA016	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de moins de 3 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main
QZJA021	Parage et/ou suture de plusieurs plaies pulpo-unguéales
QZJA022	Parage et/ou suture d'une plaie pulpo-unguéale
QZMA001	Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional muqueux, cutané ou fasciocutané, à pédicule vasculonerveux non individualisé ou non individualisable [lambeau "au hasard"], en dehors de l'extrémité céphalique
QZMA002	Révision d'un lambeau libre pour ischémie, sans réfection des anastomoses vasculaires
QZMA003	Réparation de perte de substance par lambeau à distance cutané, fasciocutané ou musculocutané, à pédicule transitoire
QZMA004	Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional cutané, fascial, fasciocutané, septocutané, musculaire ou musculocutané, à pédicule vasculaire ou vasculonerveux anatomique, en dehors de l'extrémité céphalique
QZMA005	Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional cutané, fasciocutané ou ostéocutané, à pédicule vasculaire ou vasculonerveux anatomique, disséqué en îlot
QZMP001	Couverture du lit de l'ongle par reposition de la tablette ou pose de prothèse provisoire