

# Chirurgie de l'hallux valgus en ambulatoire : implications médico-légales

## Hallux Valgus Outpatient Surgery: Medicolegal Aspects

L. Galois · J.-M. Serwier

© Lavoisier SAS 2016

**Résumé** *Introduction* : L'objectif de cette étude est d'étudier la sinistralité du traitement chirurgical de l'hallux valgus pris en charge en ambulatoire.

*Matériel et méthodes* : Nous avons utilisé la base de données du courtier Branchet (en délégation totale de gestion des sinistres de l'assureur M.I.C.) comportant 10 000 sinistres en chirurgie orthopédique (sur la base de codification NGAP et CCAM) durant une période de dix ans (2002-2012). Les dossiers de chirurgie pour cure d'hallux valgus ont été isolés grâce aux codes CCAM répertoriés dans la base de données de l'assureur. Les codes NDPA 009, NDPA 011 et NDPA 013 ont donc été isolés.

*Résultats* : Nous avons pu identifier 12 dossiers de sinistre en rapport avec une prise en charge « ambulatoire » parmi un total de 136 dossiers de sinistres après chirurgie pour hallux valgus, toutes techniques confondues ce qui représente un pourcentage de 9 %. La série étudiée comportait exclusivement des femmes. L'âge moyen des patients était de 44 ans (extrêmes 19 à 68 ans). Les techniques chirurgicales utilisées étaient une chirurgie percutanée dans six cas, un chevron dans trois cas, une ostéotomie de Scarf dans deux cas et une technique hybride dans un cas. Les complications à l'origine du sinistre étaient les suivantes : insuffisance de résultat : quatre cas ; hallux varus : deux cas ; pseudarthrose du premier métatarsien (M1) : deux cas ; algodystrophie : deux cas ; infection : un cas et nécrose de tête métatarsienne : un cas. L'analyse du dossier par l'expert a conduit à neuf mises hors de cause du professionnel de santé (aléa thérapeutique), une faute technique (vis mal placée à l'origine

d'une nécrose de M1 et deux défauts d'information (insuffisance de résultat et algodystrophie).

*Discussion et conclusion* : Les données spécifiques liées à la chirurgie du pied en ambulatoire en tant que telle n'existent pas. La sinistralité liée à la pratique de la chirurgie ambulatoire en général (douleur, saignement, comorbidités) ne se superpose pas aux complications observées après chirurgie de l'hallux valgus (insuffisance de résultat, hallux varus, pseudarthrose, algodystrophie). Notre étude de sinistralité n'a pas identifié de complications spécifiquement liées à la pratique ambulatoire. Ces complications se manifestent en effet tardivement, de sorte que même une hospitalisation classique de plusieurs jours n'aurait pas permis un diagnostic ou une prise en charge plus rapide que sur le mode ambulatoire.

**Mots clés** Hallux valgus · Ambulatoire · Sinistralité

**Abstract** *Introduction*: The goal of our study was to evaluate the malpractice claims related to hallux valgus outpatient surgery.

*Material and method*: We used the insurance database of MIC-Branchet specialized in professional civil liability during the last 10 years (2002-2012).

*Results*: We identified 12 cases of claims in relation with hallux valgus outpatient surgery among a total of 136 claims for hallux valgus including all techniques (9%). All patients were female. The mean age was 44 (19 to 68 years). Surgical techniques were percutaneous procedures in six cases, chevron osteotomy in three cases, scarf osteotomy in two cases and hybrid technique in one case. Complications in relation with the claims were: insufficient result in four cases, hallux varus in two cases, metatarsal nonunion in two cases, algodystrophy in two cases, infection in one case and osteonecrosis of the metatarsal head in one case. The courts of law were "Commissions de Conciliation et d'Indemnisation" in six cases and "Tribunaux de Grande Instance" in six cases. Surgeons were exonerated in nine cases. A technical fault was held in one case and a lack of information in two cases.

*Discussion and conclusion*: No specific data regarding

---

L. Galois (✉)

Expert judiciaire, service de chirurgie orthopédique, traumatologique et arthroscopique, hôpital central, CHRU Nancy, 29 avenue de Lattre de Tassigny, F-54035 Nancy  
e-mail : l.galois@chru-nancy.fr

J.-M. Serwier

Expert judiciaire, CHRU de Mons-Hainaut, service de chirurgie orthopédique et traumatologique, avenue Baudouin de Constantinople, 7000 Mons, Belgique

claims in relation with hallux valgus outpatient surgery are available to our knowledge in the literature. We did not identify in our study specific complications related to ambulatory procedures. Complications observed could also occur after classical hospitalization. Hallux valgus outpatient surgery does not seem to expose surgeons to higher medicolegal problems than classical hospitalization.

**Keywords** Hallux valgus · Outpatient surgery · Medicolegal aspects

## Introduction

L'objectif de cette étude est de faire l'état des lieux de la sinistralité du traitement chirurgical de l'hallux valgus pris en charge en ambulatoire grâce à l'étude des dossiers recensés auprès d'une compagnie d'assurances spécialisée en responsabilité civile professionnelle (assureur MIC courtier Branchet) sur une période de dix ans.

L'article ébauche également une réflexion quant à la méthodologie d'analyse de l'exposition médico-légale d'un acte chirurgical en hospitalisation ambulatoire comparativement à une hospitalisation classique.

## Patients et méthode

Nous avons utilisé la base de données du courtier Branchet (en délégation totale de gestion des sinistres de l'assureur M.I.C.) comportant 10 000 sinistres en chirurgie orthopédique (sur la base de codification NGAP et CCAM) durant une période de dix ans (2002-2012).

Les dossiers de chirurgie pour cure d'hallux valgus ont été isolés grâce aux codes CCAM répertoriés dans la base de données de l'assureur. Les codes NDPA 009, NDPA 011 et NDPA 013 ont donc été isolés. Il n'existe pas de code en rapport avec la technique percutanée. L'assureur concerné représentait 65 à 70 % des parts de marché en pratique libérale en France sur la période considérée.

À titre informatif, environ 53 000 interventions pour cure d'hallux valgus ont été pratiquées en France en 2013 (si l'on se base sur les codes CCAM cités précédemment). En revanche, la proportion prise en charge en ambulatoire n'est pas connue.

Les auteurs ont identifié les dossiers des sinistres sur la base des codes précédemment cités en individualisant ceux pris en charge en ambulatoire. Tous ces dossiers avaient déjà été analysés par le directeur médical, un médecin-conseil, l'expert judiciaire et finalement le juge. Les auteurs ont révisé ces différents documents grâce à une grille adaptée. La grille de révision comportait les items suivants : sexe et âge du patient, antécédents, type d'anes-

thésie, nature de l'intervention orthopédique, pression et durée du garrot, date de découverte de la complication, geste thérapeutique, conséquences sur l'état fonctionnel et séquelles... (Tableau 1).

**Tableau 1** Fiche de révision.

Sexe :
Date naissance :
Âge du patient :
Antécédents :
Diabète artérite
Antécédents sur le pied :
Intervention orthopédique
Chirurgie bilatérale
Hospitalisation / ambulatoire
Type d'anesthésie :
Si bloc / AG- / rachi
Incident noté par AR lors de l'anesthésie :
Garrot cuisse / cheville
Pression du garrot
Durée du garrot
Chaussure de décharge durée
Anticoagulant
Type de complication :
Date de découverte de la complication
Chirurgie secondaire
Autre chirurgien
Conséquences sur l'état fonctionnel et séquelles :
Récupération
Complication spécifique à l'acte / complication ordre général (phlébite)
Complication chirurgicale / complication anesthésique
Causes de la complication :
Anesthésie
Installation :
Garrot
Chirurgien / chirurgie
Défaut de surveillance
Absence de radio
Infection
Action patient :
Recours amiable
Plainte au Conseil de l'Ordre
CRCI
Référé
Pénal
Reproche de l'expert :
Geste
Date de découverte
Imagerie mise en œuvre
Qualification de la complication par le juge et quantification

## Résultats

Nous avons pu identifier 12 dossiers de sinistres en rapport avec une prise en charge ambulatoire parmi un total de 136 dossiers de sinistres après chirurgie pour hallux valgus, toutes techniques confondues ce qui représente un pourcentage de 9 % (Tableau 2).

La série étudiée comportait exclusivement des femmes. L'âge moyen des patientes était de 44 ans (extrêmes 19 à 68 ans) contre 49 ans pour les prises en charge en hospitalisation classique (19 à 73 ans).

Les techniques chirurgicales utilisées étaient une chirurgie percutanée dans six cas, un chevron dans trois cas, une ostéotomie de Scarf dans deux cas et une technique hybride dans un cas.

Les techniques anesthésiques comprenaient sept anesthésies locorégionales (anesthésie périmédullaire ou blocs péri-nerveux) et cinq anesthésies générales.

Un garrot pneumatique a été utilisé dans sept cas (positionné à la cheville ou au mollet).

Les juridictions saisies ont été, dans la moitié des cas, les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) et dans l'autre moitié des cas, les Tribunaux de Grande Instance (TGI).

Les complications à l'origine du sinistre étaient les suivantes :

- insuffisance de résultat : 4 cas ;
- hallux varus : 2 cas ;
- pseudarthrose de M1 : 2 cas ;
- algodystrophie : 2 cas ;
- infection : 1 cas ;
- nécrose de tête métatarsienne : 1 cas.

L'analyse du dossier par l'expert a conduit à :

- neuf mises hors de cause du professionnel de santé (aléa thérapeutique) ;

- une faute technique : une vis mal placée à l'origine d'une nécrose de M1 ;
- deux défauts d'information (insuffisance de résultat et algodystrophie).

## Discussion

Les premiers cas de chirurgie ambulatoire de l'hallux valgus remonteraient à 1947 [1]. Deux motivations sont à l'origine du développement de ce mode d'hospitalisation : le désengorgement des lits hospitaliers, problème important aux États-Unis à la fin des années 1960, et la réduction des coûts hospitaliers, apparue nécessaire dans le contexte économique et social des années 1980.

À l'exception de la Grande-Bretagne, la chirurgie ambulatoire connaît un démarrage tardif en Europe à la fin des années 1980. En France, il a fallu attendre la loi de juillet 1991 portant réforme hospitalière et les décrets de 1992 pour officialiser la chirurgie ambulatoire et la reconnaître comme une véritable alternative à l'hospitalisation traditionnelle [2].

L'activité globale de chirurgie ambulatoire progresse en France : elle représentait 37,7 % de l'activité de chirurgie en 2010 contre 32,3 % en 2007. À l'issue d'une concertation nationale associant l'ensemble des parties concernées, la cible d'une activité de chirurgie ambulatoire supérieure à 50 % à l'horizon 2016 a été retenue à l'échelle du territoire. Cette cible a été inscrite dans la contractualisation de l'État avec les Agences régionales de la santé (ARS) pour la période 2012-2016, en fonction de la situation de départ des régions et dans une perspective de réduction des écarts entre les régions [3].

La sinistralité liée à la pratique de la chirurgie ambulatoire (CAMB) est encore mal précisée, [4,5]. Les données spécifiques liées à la chirurgie du pied en ambulatoire en tant que

**Tableau 2** Présentation des cas de la série.

Cas n°	Sexe	Âge	Technique chirurgicale	Complication	Juridiction	Qualification
1	F	64	Percutanée M1-5	Infection	CCI	Aléa
2	F	33	Chevron + P1	Insuffisance de résultat	CCI	Faute
3	F	51	Hybride M1-P1	Pseudarthrose	CCI	Aléa
4	F	46	Chevron	Insuffisance de résultat	CCI	Aléa
5	F	49	Scarf	Pseudarthrose	CCI	Aléa
6	F	29	Percutanée	Algodystrophie	TGI	Faute
7	F	53	Percutanée	Algodystrophie	CCI	Aléa
8	F	68	Percutanée	Insuffisance de résultat	TGI	Aléa
9	F	37	Chevron	Insuffisance de résultat	TGI	Aléa
10	F	33	Percutanée	Hallux varus	TGI	Aléa
11	F	43	Scarf	Hallux varus	TGI	Aléa
12	F	19	Percutanée	Nécrose tête M1	TGI	Faute

telle n'existent pas ou ne sont pas présentées de cette manière [6]. Les bases de données assurantielles ne distinguent que depuis peu le type de prise en charge (ambulatoire ou non ambulatoire) en cas de sinistre. Cette C.A.M.B. pose toutefois un certain nombre de questions pratiques, organisationnelles et médico-légales. La C.A.M.B. s'inscrit en réalité dans un processus plus large visant à favoriser le retour précoce du patient à son domicile (récupération rapide après chirurgie RRAC).

Il est difficile de comparer les données de la littérature américaine et celles observées dans les pratiques françaises. À l'inverse de ce qui se passe dans l'hexagone, la C.A.M.B. intéresse plutôt les sujets âgés aux États-Unis, donc plus touchés par les comorbidités. Si l'ambulatoire représente 70 % des actes chirurgicaux en Amérique du Nord, elle n'est à l'origine que de 23 % des plaintes. Les réadmissions sont le plus souvent liées à des saignements, à une gestion insuffisante de la douleur, à des nausées et/ou vomissements ou à des raisons sociales. La littérature montre que certains actes (curetage, avortement...) ou certaines chirurgies (ORL, urologie) paraissent plus à même d'engendrer des complications.

Afin de mieux cerner la politique de C.A.M.B. en France, l'Association de prévention du risque opératoire (ASSPRO) a réalisé une enquête d'envergure nationale (6350 questionnaires adressés par Internet entre août et octobre 2014). Les résultats, issus de 12 % de retours, montrent un taux de 53,4 % en chirurgie orthopédique. En orthopédie, les interventions touchant la main (sauf poignet), l'arthroscopie du genou et l'ablation de matériel sont réalisées majoritairement en ambulatoire. La chirurgie de l'épaule, du coude et la traumatologie sont effectuées en C.A.M.B. dans environ 60 % des cas. La part de C.A.M.B. se développe également en chirurgie du pied. L'analyse des données du cabinet Branchet permet d'établir le profil type d'un patient susceptible de subir un dommage en C.A.M.B. Dans la majorité des cas, il s'agit d'un patient en bon état général (ASA 1 : 59 % cas). Le dommage survient majoritairement en chirurgie orthopédique (47 %) essentiellement à ciel ouvert (76 %) sous anesthésie générale (51 %) ou locorégionale (35 %). La complication a lieu plus fréquemment après la sortie (61 %). Elle est infectieuse dans moins de 30 % des cas [7].

Les complications en chirurgie ambulatoire sont essentiellement associées à des problèmes hémorragiques, des difficultés de gestion de la douleur [8] et à des comorbidités.

En revanche et pratiquement à l'opposé, la sinistralité en chirurgie de l'hallux valgus a pour origine l'insuffisance de résultat, l'hypercorrection type hallux varus, la pseudarthrose de M1, de déplacement secondaire, l'infection ou encore l'algodystrophie [9].

Il apparaît donc que la sinistralité généralement liée à la pratique de la chirurgie ambulatoire ne se superpose pas aux complications spécifiques de la chirurgie de l'hallux valgus.

En effet, cette chirurgie est peu hémorragique et s'adresse le plus souvent à des individus (le plus souvent des femmes) d'âge moyen en bon état général.

L'élément le plus sensible nous semble être la gestion de la douleur [10]. Ces difficultés de gestion peuvent conduire à l'ingestion importante d'antalgiques susceptible de provoquer des nausées et des vomissements [11]. La douleur est également suspecte de provoquer une réaction algodystrophique.

La sinistralité de la chirurgie ambulatoire (en général et liée à ce type de chirurgie) étant différente de la sinistralité habituelle de l'acte chirurgical considéré, on peut en conclure que le mode d'hospitalisation n'a pas d'influence sur les complications.

La sinistralité est d'ailleurs proportionnellement moins fréquente en C.A.M.B. au regard des volumes d'activité comme l'indiquent les données de l'assureur SHAM. Elles sont surtout trois fois moins coûteuses [4]. Il convient de noter que les condamnations sont généralement sans rapport avec la C.A.M.B.

Dans notre série de 12 cas, les sinistres n'ont pas de lien avec le caractère ambulatoire de la prise en charge. Trois types de risques sont identifiés en C.A.M.B. par la HAS :

- risques liés au processus de prise en charge du patient (facteurs techniques, humains, organisationnels) pour lesquels il existe des réponses : recommandations, formations, développement professionnel continu... ;
- risques liés au défaut d'adhésion collective au changement organisationnel ;
- risques liés à des pressions institutionnelles.

## Conclusion

La chirurgie de l'hallux valgus intéresse des patients d'âge moyen, le plus souvent dépourvus de comorbidités significatives. Il n'est pas surprenant que ce public adhère à la proposition de chirurgie ambulatoire favorisée par les établissements de soins et/ou par les tutelles pour des raisons économiques légitimes.

L'étude de sinistralité n'identifie pas de complications spécifiquement liées à la pratique ambulatoire. Insuffisance de résultat, hyper-/hypocorrection, pseudarthrose de M1, nécrose aseptique ou infection sont en rapport avec des gestes chirurgicaux qui ne sont pas modifiés par la durée de l'hospitalisation. Ces complications se manifestent par ailleurs tardivement, de sorte que même une hospitalisation classique de plusieurs jours n'aurait pas permis un diagnostic ou une prise en charge plus rapide que sur le mode ambulatoire.

Il nous semble qu'une attention particulière doit être apportée à la gestion préopératoire de la douleur. Une prise en charge optimisée de la douleur devrait permettre au patient de quitter l'établissement de soins avec un traitement efficace

ne conduisant pas aux complications classiques des antalgiques. Certains patients sont connus pour être intolérants aux antalgiques (épigastralgies, ulcères gastriques, nausées, vomissements, arrêt du transit, insuffisance rénale...). Des facteurs psychologiques, intellectuels ou sociaux semblent objectivement devoir également intervenir même si leur mise en évidence au sein d'études scientifiques se heurte à des considérations éthiques, voire politiques. Ces patients semblent devoir être récusés dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire.

**Remerciements :** Les auteurs remercient le Cabinet Branchet et le Dr Droguet directeur médical pour leur aide dans la réalisation de cette étude.

**Liens d'intérêts :** les auteurs reconnaissent un conflit d'intérêt avec le Cabinet Branchet.

## Références

1. Compere EL, Schnute WJ (1947) Ambulatory treatment of hallux valgus. *Surgery* 22:545-9
2. Coudane H, Landreau P, Michel B, Slimani S (2005) La chirurgie ambulatoire : réglementation et état des lieux. *Rev Chir Orthop* 91(S8):9-13
3. Instruction DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020
4. Theissen A, Fuz F, Catineau J, et al (2014) Epidemiology of the medicolegal risk associated with the practice of ambulatory surgery in France: a study based on insurance data. *Ann Fr Anesth Reanim* 33:158-62
5. Leemrijse T, Valtin B, Besse JL (2008) La chirurgie de l'hallux valgus en 2005. Chirurgie conventionnelle, mini-invasive ou percutanée ? Uni- ou bilatérale ? Hospitalisation ou ambulatoire ? *Rev Chir Orthop* 94:111-27
6. Lintz F, Gaudot F, Di Schino M (2015) La prise en charge du pied en chirurgie ambulatoire en Europe et dans le Monde. In: Colombier JA, Toullec E (eds) *Chirurgie du pied et de la cheville en mode ambulatoire*. Elsevier Masson, Paris pp 1-12
7. RRAC et chirurgie ambulatoire : nouveaux enjeux médico-légaux. Colloque du 7 février 2015. Paris. ASSPRO
8. McGrath B, Elgendy H, Chung F, et al (2004) Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24h after ambulatory surgery: a survey of 5703 patients. *Can J Anaesth* 51:886-91
9. Galois L, Favier T, Servier JM (2016) Chirurgie percutanée de l'hallux valgus : étude de la sinistralité *Med Chir Pied* 32:23-9
10. Adam F, Pelle-Lancien E, Bauer T, et al (2012) Anesthesia and postoperative analgesia after percutaneous hallux valgus repair in ambulatory patients. *Ann Fr Anesth Reanim* 31:265-8
11. Graff W, Mouton A, Ferré B (2015) La gestion postopératoire. In: Colombier JA, Toullec E (eds) *Chirurgie du pied et de la cheville en mode ambulatoire*. Elsevier Masson, Paris pp 75-8