

# **Chirurgie du pied et de la cheville en mode ambulatoire**

## *Chez le même éditeur*

---

**Techniques en arthroscopie du membre inférieur**, par C. Hulet et J.-F. Potel. Collection Monographie SOFCOT, 2014, 408 pages.

**Chirurgie des traumatismes du pied et de la cheville**, par N. Biga. Collection Techniques chirurgicales, 2010, 348 pages.

**Pathologie du pied et de la cheville**, par T. Leemrijse, B. Valtin. Nouvelle édition, à paraître en 2015.

**La cheville instable - De l'entorse récente à l'instabilité chronique**, par Y. Tourné et C. Mabit, à paraître en 2015.

**Imagerie du pied et de la cheville**, par J.-L. Drapé, H. Guerini. Collection Imagerie médicale – Diagnostic, 2010, 320 pages.

**Imagerie musculosquelettique – Pathologies générales**, 2<sup>e</sup> édition, par A. Cotten. Collection Imagerie médicale – Précis, 2013, 1064 pages.

**Imagerie musculosquelettique – Pathologies locorégionales**, par A. Cotten. Collection Imagerie médicale – Précis, 2008, 880 pages.

Les mises au point de l'AFCP

# Chirurgie du pied et de la cheville en mode ambulatoire

*Sous l'égide de :*

**L'Association française de chirurgie du pied et de la cheville**

*Coordonné par :*

**Jean-Alain Colombier**

**Eric Toullec**

*Avec la collaboration de :*

Chantal Andriamanga, Jean-Luc Besse, Henri Bonfait, Muriel Bourdin, Cyrile Cazeau, Bruno Chaminade, Philippe Chaudier, Françoise Cohade-Dufour, Jean-Yves Coillard, Véronique Darcel, Marino Delmi, Emmanuel De Thomasson, Marion Di Schino, Franck Fabié, Bruno Ferré, Fabrice Gaudot, Ali Ghorbani, Wilfrid Graff, Philippe Grillo, Jean-Luc Grisard, Marianne Hélix Giordanino, Olivier Laffenêtre, François Lintz, Carlos Maynou, Stéphane Ménager, François Molinier, Michèle Morin-Surroca, Antoine Mouton, Christophe Piat, Jules Piclet, Barbara Piclet-Legré, Alexandre Rochwerger.



ELSEVIER  
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

## Crédits

Les figures 5.6, 5.7, 5.11 et 5.12 et 5.13 sont issues de López A, Sala-Blanch X, Magaldi M, et al, *Ultrasound-Guided Ankle Block for Forefoot Surgery: The Contribution of the Saphenous Nerve*, *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 2012; 37(5), Wolters Kluwer Health ©.

La figure 5.9 est issue de Tsui BCH and Özelsel T, *Ultrasound-Guided Anterior Sciatic Nerve Block Using a Longitudinal Approach: "Expanding the View"*, *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 2008; 33(3), Elsevier ©.

La figure 5.14 est issue de Chin K, *Ultrasound Visualization of the Superficial Peroneal Nerve in the Mid-calf*, *Anesthesiology*, 2013; 118(4), Wolters Kluwer Health ©.

Les figures 5.3, 5.4 et 5.6 ont été réalisées par Carole Fumat.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2015, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-74162-3

Ebook ISBN : 978-2-294-74728-1

# Liste des collaborateurs

**Andriamanga Chantal**, HAS, Service Évaluation des actes professionnels, 2 avenue du Stade de France, 93218 Saint-Denis La Plaine cedex.

**Besse Jean-Luc**, Hospices civils de Lyon, Centre Hospitalier Lyon-Sud, Service de chirurgie orthopédique, traumatologique et de médecine du sport, 69495 Pierre-Bénite cedex, France, Jean-luc.besse@chu-lyon.fr.

**Bonfait Henri**, Institut hospitalier franco-britannique, 4 rue Kleber, 92300 Levallois-Perret.

**Bourdin Muriel**, Université Lyon 1, IFSTTAR, LBMC UMR, T 9406, laboratoire de biomécanique et mécanique des chocs, 69675 Bron cedex, France.

**Cazeau Cyrile**, Clinique Geoffroy Saint Hilaire, 59 rue Geoffroy Saint-Hilaire, 75005 Paris.

**Chaminade Bruno**, Hôpital Pierre Paul, pôle institut locomoteur, place du Dr Baylac, TSA 40031 31059 Toulouse cedex.

**Chaudier Philippe**, Université Lyon-1, IFSTTAR, LBMC UMR-T 9406, laboratoire de biomécanique et mécanique des chocs, 69675 Bron cedex, France.

**Francoise Cohade-Dufour**, anesthésiste, 2 bis boulevard Miremonts, 13008 Marseille.

**Coillard Jean Yves**, Clinique du Parc, 155 ter boulevard Stalingrad, 69006 Lyon.

**Colombier Jean Alain**, Clinique de l'Union, boulevard Ratalens, 31240 Saint Jean.

**Darcel Véronique**, Hôpital des armées Robert Picqué, 351 route de Toulouse, 33140 Villenave d'Ornon.

**Delmi Marino**, Clinique des Grangettes, chemin des Grangettes 7, 1224 Genève.

**De Thomasson Emmanuel**, Institut Mutualiste Montsouris, 42 boulevard Jourdan, 75014 Paris.

**Di Schino Marion**, Hôpital privé Les Franciscaines, 3 rue Jean Bouin, CS 100002 - 30032 Nîmes.

**Fabié Franck**, Clinique Ambroise Paré, 387 route de Saint Simon, 31082 Toulouse cedex I.

**Ferré Bruno**, IM2S, 11 avenue d'Ostende, 98000 Monaco, ferreb@im2s.mc.

**Gaudot Fabrice**, Hôpital Raymond Poincaré, 104 boulevard Raymond Poincaré, 92380 Garches.

**Ghorbani Ali**, Clinique médipôle Garonne, 45 rue des Gironis, CS13624, 31036 Toulouse cedex I.

**Graff Wilfrid**, CH Diaconesses Croix Saint Simon, 125 rue d'Avron, 75020 Paris.

**Philippe Grillo**, anesthésiste, 10 rue du soleil, 13007 Marseille.

**Grisard Jean Luc**, avenue Massettes, 73190 Challes-Les-Eaux.

**Hélix Giordanino Marianne**, Centre du pied 13, 68 rue du commandant Rolland, 13008 Marseille.

**Laffenêtre Olivier**, CMUP CHU Bordeaux, place Amélie Raba-Léon, 33076 Bordeaux,

**ICP Clinique Geoffroy Saint Hilaire**, 59 rue Geoffroy Saint Hilaire, 75005 Paris.

**Lintz François**, Clinique de l'Union, boulevard Ratalens, 31240 Saint Jean.

**Maynou Carlos**, CHU de Lille-2, avenue Oscar Lambret, 59037 Lille cedex.

**Ménager Stéphane**, Clinique Saint Roch, 29 route de Gordes, 84300 Cavaillon.

**Molinier François**, Clinique des Cèdres, Château d'Alliez CS 20220, 31705 Blagnac.

**Morin-Surroca Michèle**, HAS, service évaluation des actes professionnels, 2 avenue du Stade de France, 93218 Saint-Denis La Plaine cedex.

**Mouton Antoine**, CH Diaconesses Croix Saint Simon, 125 rue d'Avron, 75020 Paris.

**Piat Christophe**, Henri Mondor, 94000 Créteil, CHU Lariboisière, 75010 Paris, Clinique Victor Hugo, 75116 Paris.

**Jules Piclet**, anesthésiste, 50 rue du Château, 29200 Brest.

**Piclet-Legré Barbara**, Centre du pied 13, 68 rue du commandant Rolland, 13008 Marseille.

**Rochwerger Alexandre**, Hôpital Nord, chemin des Bourrely, 13915 Marseille cedex 20.

# Abréviations

<b>AAAHC</b>	Accreditation Association for Ambulatory Health Care	<b>DGF</b>	dotation globale de financement
<b>ABP</b>	antibioprophylaxie	<b>DGOS</b>	direction générale de l'offre de soins
<b>ACS</b>	Ambulatory Surgery Centers	<b>DIU</b>	diplôme inter-universitaire
<b>AECMA</b>	Asociacion Espanola de Cirurgia Mayor Ambulatoria	<b>DMI</b>	dispositif médical implantable
<b>AFCA</b>	association française de chirurgie ambulatoire	<b>DMS</b>	durée minimale de séjour
<b>AFCP</b>	association française de chirurgie du pied	<b>DPC</b>	développement professionnel continu
<b>AG</b>	anesthésie générale	<b>DPG</b>	Day Procedure Group
<b>AHA</b>	American Hospital Association	<b>DPO</b>	douleur postopératoire
<b>AHRQ</b>	Agency for Healthcare Research and Quality	<b>DXM</b>	Dexaméthasone
<b>AINS</b>	anti-inflammatoires non stéroïdiens	<b>ECG</b>	électrocardiographie
<b>AL</b>	anesthésie locale	<b>EI</b>	événement indésirable
<b>ALARM</b>	Association of Litigation And Risk Management	<b>EIG</b>	événement indésirable grave
<b>ALR</b>	anesthésie locorégionale	<b>EN</b>	échelle numérique
<b>AMI</b>	Acte médico infirmier	<b>EPR</b>	événement porteur de risque
<b>AMM</b>	autorisation de mise sur le marché	<b>ERAS</b>	Enhanced Recovery After Surgery
<b>ANAP</b>	agence nationale d'appui à la performance	<b>EVA</b>	échelle visuelle analogique
<b>ANSM</b>	agence nationale de sécurité du médicament	<b>FAS</b>	Foundation for Ambulatory Surgery
<b>ARS</b>	agence régionale de santé	<b>FHF</b>	fédération hospitalière de France
<b>ASA</b>	association syndicale autorisée	<b>FS</b>	fibulaire superficiel
<b>ASSPRO</b>	association de prévention du risque opératoire	<b>GHM</b>	groupe homogène de malades
<b>BADS</b>	British Association for Day Surgery	<b>GHS</b>	groupe homogène de séjour
<b>BO</b>	bloc opératoire	<b>GHS</b>	groupe homogène de soin
<b>CFCOT</b>	Collège français de chirurgie orthopédique et traumatologique	<b>GRECMIP</b>	groupe de recherche et de développement en chirurgie mini-invasive du pied
<b>CIHI</b>	Canadian Institute for Health Information	<b>HAS</b>	haute autorité de santé
<b>CMA</b>	comorbidité associée	<b>HBPM</b>	héparine de bas poids moléculaire
<b>CNAM</b>	caisse nationale d'assurance maladie	<b>HCAAM</b>	haut conseil sur l'avenir de l'assurance maladie
<b>CNP</b>	conseil national professionnel	<b>HR</b>	hallux rigidus
<b>CPOM</b>	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	<b>HTA</b>	hypertension artérielle
<b>CRO</b>	compte-rendu opératoire	<b>HV</b>	hallux valgus
<b>CSG</b>	contribution sociale généralisée	<b>IAAS</b>	International Association for Ambulatory Surgery
		<b>IBODE</b>	infirmier de bloc opératoire diplômé d'État
		<b>IDE</b>	infirmier
		<b>IFK</b>	indemnité forfaitaire kilométrique
		<b>IGAS</b>	inspection générale des affaires sociales
		<b>IMC</b>	indice de masse corporelle
		<b>INVS</b>	institut national de veille sanitaire

<b>JCHA</b>	Joint Commission of Hospital Accreditation	<b>PMSI</b>	programme de médicalisation des systèmes d'information
<b>LFSS</b>	loi de finance de la sécurité sociale	<b>PNIR</b>	programme national inter-régimes
<b>LODA</b>	lésion ostéochondrale du dôme astragalien	<b>RCP</b>	responsabilité civile professionnelle
<b>LP</b>	libération prolongée	<b>RDS</b>	remboursement de la dette sociale
<b>LPP</b>	liste de prestations et produits	<b>REX</b>	base de retour d'expérience
<b>LPR</b>	liste des prestations remboursables	<b>RFE</b>	recommandations formalisées d'experts
<b>MCO</b>	modèle de financement des établissements de santé	<b>RMM</b>	revue de morbi-mortalité
<b>MSAP</b>	mise sous accord préalable	<b>RRAC</b>	récupération rapide après chirurgie
<b>MTP</b>	métatarsophalangienne	<b>SFAR</b>	société française d'anesthésie et de réanimation
<b>NHS</b>	National Health Service	<b>SFHH</b>	société française d'hygiène hospitalière
<b>NVPO</b>	nausée et de vomissement postopératoire	<b>SHA</b>	solution hydro-alcoolique
<b>OA</b>	organisme agréé d'accréditation	<b>SNITEM</b>	syndicat national de l'industrie des technologies médicales
<b>OCDE</b>	organisation de coopération et de développement économiques	<b>SOFCOT</b>	société française de chirurgie orthopédique et traumatologique
<b>OMS</b>	organisation mondiale de la santé	<b>SROS</b>	schémas régionaux d'organisation des soins
<b>ONDAM</b>	objectif national de dépenses d'assurance maladie	<b>SSP</b>	solutions pour la sécurité des patients
<b>OQN</b>	objectif quantifié national	<b>SSPI</b>	salle de surveillance post-interventionnelle
<b>PA</b>	pression artérielle	<b>T2A</b>	tarification à l'activité
<b>PADSS</b>	Post Anesthetic Discharge Scoring System	<b>UCA</b>	unité de chirurgie ambulatoire
<b>PSRS</b>	Pennsylvania Patient Safety Reporting System	<b>VSL</b>	véhicule sanitaire léger



# Préface

Depuis plus de 20 ans, l'association française de chirurgie du pied (AFCP) initie, participe et accompagne le développement de la chirurgie du pied et de la cheville. L'intérêt des chirurgiens orthopédistes pour cette « sur-spécialité » est croissant, comme en témoigne le nombre de candidats à la formation et à l'installation dans cette discipline.

Pour cette raison, sous-tendu par la passion de certains, l'AFCP, en partenariat avec la société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOFOT), ne cesse de développer ses activités :

- Les journées de spécialité de la SOFOT et les journées de printemps représentent les temps forts par la richesse des échanges scientifiques. Elles incitent les chirurgiens du pied à s'impliquer dans l'évaluation de leur travail et à présenter le fruit de leur réflexion qui sont publiées intégralement sur le site (<http://www.afcp.com.fr>).
- Le diplôme inter-universitaire (DIU) de chirurgie du pied et la cheville.
- Les cours supérieurs de techniques chirurgicales « cadavres Lab » pour une formation chirurgicale pratique et théorique.
- Les « E-learning » dans le cadre des activités formatrices de la SOFOT et du développement professionnel continu (DPC).

Il nous est apparu que la rédaction d'un livre multi-auteurs sous l'égide de l'AFCP serait un pas

de plus illustrant cette volonté d'excellence pour la formation de nos membres.

Nous avons décidé de réaliser un ouvrage collectif de parution biennale sur un thème donné.

Pour cette première édition, le thème retenu est la *chirurgie ambulatoire du pied et de la cheville*. Ce choix a été déterminé par l'importance de ce sujet dans l'actualité imposant aux chirurgiens de développer cette activité ; ce qui contraste avec le peu d'informations ou d'études dont nous disposons pour aider nos choix et nos prises de décisions. Il nous a semblé essentiel de nous positionner aux côtés des intervenants institutionnels comme la haute autorité de santé (HAS) (socle de connaissance publié le 20 avril 2012. sur le site [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)). Dans cet esprit, la rédaction de ce livre est le témoin de notre volonté de nous impliquer en tant que société savante dans cette évolution.

À qui s'adressent ces monographies ? Certainement à un public très large : aux chirurgiens, aux membres de l'AFCP bien sûr, mais aussi aux médecins et paramédicaux intéressés par la chirurgie du pied, aux administrations et aux structures de soins.

J.-A. Colombier, président de l'AFCP  
É. Toullec, secrétaire général de l'AFCP



# Avant-propos

L'AFCP, fondée il y a plus de 20 ans, est une société partenaire du conseil national professionnel de notre profession (CNP SOFCOT). Elle édite tous les deux ans une monographie sur un thème donné. Cette année, le sujet est d'une brûlante actualité puisqu'il est consacré à la chirurgie du pied et de la cheville en ambulatoire. Les tutelles en général et l'HAS en particulier, ont entrepris depuis 3 ans d'augmenter le pourcentage de patients opérés en ambulatoire. Projet ultra-sensible car motivé par des raisons plus économiques que médicales.

Cette nouvelle recommandation pose des problèmes importants pour le chirurgien orthopédiste général ou hyper-spécialiste : quid de la qualité des soins, du colloque chirurgien-patient, de la sécurité des soins et des responsabilités du chirurgien ?

C'est le mérite de l'AFCP, en lien avec l'association française de chirurgie ambulatoire, d'avoir courageusement affronté ce problème. La chirurgie du pied, dans son essence, comme la chirurgie de la main, se prête plus facilement à cette nouvelle approche que la chirurgie du rachis ou de la hanche ; néanmoins les hématomes, l'œdème, la douleur postopératoire, le risque infectieux, l'anesthésie, le handicap postopératoire, les demandes du patient etc. font parties intégrante de cette chirurgie.

Cette monographie est un échange d'expériences de praticiens reconnus en chirurgie du pied et de la cheville avec déjà une solide expérience en chirurgie ambulatoire, qui ont accepté d'analyser et de réfléchir à la faisabilité d'une telle chirurgie, sur les changements qu'elle impose dans l'indication, la sélection des patients, l'acte opératoire lui-même et surtout l'organisation de

la structure hospitalière publique ou privée. Tous les sujets sont abordés : les recommandations HAS, les implications médico-légales, l'anesthésie, l'organisation pré et postopératoire, la prise en charge de la douleur, les EPR, les échecs, etc.

Cette monographie est remarquable, il faut féliciter tous les praticiens qui ont pris sur leur temps pour faire une synthèse de leur expérience, en acceptant la remise en question de leur pratique.

En tant que président du CNP SOFCOT, je félicite l'AFCP et son président J.-A. Colombier d'avoir eu l'idée et le courage de s'attaquer à ce nouveau problème de santé publique qui traduit un véritable changement sociétal. Les autres sociétés associées et partenaires du CNP SOFCOT (main, épaule, genou, arthroscopie, etc.) et le conseil national professionnel dans son ensemble devront s'inspirer de ce travail pour l'étendre à toutes les chirurgies de l'appareil locomoteur.

Le CNP SOFCOT ne peut tenir sa place et grandir que grâce au dynamisme, à l'esprit d'innovation, au dévouement des membres les plus actifs de chacune de ses composantes. Il fut un temps où les hyper-spécialistes délaissaient la vieille SOFCOT trop généraliste. Cette période est révolue, nous sommes tous orthopédistes, nous avons besoin d'un conseil national professionnel fort pour défendre et faire évoluer notre profession ; nous y arriverons si nous mettons en commun notre dynamisme et nos qualités.

Bravo à l'AFCP, composante majeure et exemplaire du CNP SOFCOT, pour sa vitalité et son désir d'entreprendre.

Dr G. Walch, président de la SOFCOT



# Introduction

La HAS (haute autorité de santé) et l'ANAP (appui santé et médico-social) ont élaboré un rapport d'orientation commun (le 20 décembre 2011) à la demande de la DGOS (direction générale des organismes de santé) face au constat du retard de la France sur le taux global des interventions pratiquées en chirurgie ambulatoire par rapport aux données internationales. Parmi les partenaires de ce projet, l'association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) et l'association française d'anesthésie réanimation (SFAR) sont au premier plan et pour l'orthopédie, seul le Collège français de chirurgie orthopédique et traumatologique (CFCOT) a été sollicité. Il nous paraissait important que l'association française de chirurgie du pied (AFCP) puisse réaliser une analyse du potentiel de sa discipline dans le respect de la sécurité des patients.

## Définition de la chirurgie ambulatoire

Dans chirurgie ambulatoire, le mot ambulatoire signifie qui marche, marche au sens de nomade, qui se déplace le soir pour le retour au domicile mais aussi qui marche, au sens de l'efficacité de l'acte, pour éviter les complications dont certaines peuvent conduire à une ré-hospitalisation. On comprend le rôle essentiel des aides à la marche après l'impotence d'un pied (voire des deux) dans la chirurgie du pied et de la cheville.

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière a introduit la chirurgie ambulatoire comme une structure de soins alternative à l'hospitalisation. Cette loi définit la chirurgie ambulatoire comme une organisation spécifique dans les structures de soins.

Les structures d'alternative à l'hospitalisation sont définies dans les articles L 6121-1 et L 6122-1 portant sur les modalités du schéma d'organisation sanitaire et des autorisations et dans les articles D 6124-301 à 305 du code de santé publique : *« les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire dispensent sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures, des prestations ne comportant pas d'hébergement au bénéfice des patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge ».*

L'ambulatoire en France se définit donc comme une hospitalisation avec retour au domicile dans la journée. La durée d'hospitalisation doit être inférieure à 12 heures, sans limite basse de durée. La structure d'hospitalisation peut par contre être ouverte au-delà de 12 heures.

## Le patient ambulatoire

Les sociétés savantes, tant nationales qu'internationales, n'ont jamais souhaité produire de listes d'actes éligibles à l'ambulatoire. Elles les ont toujours estimées illogiques et dangereuses. En effet, **ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais bien le patient.**

Les recommandations (SFAR 1990, AFCA 1996) portent sur les actes, les patients, l'anesthésie et les structures :

- Les actes sont programmés, de courte durée (inférieure à 1 h 30), à faible risque (notamment hémorragique et respiratoire), aux suites opératoires simples (notamment la maîtrise de la douleur et du handicap).
- Les patients répondent à six critères sociaux : compréhension suffisante, bonne observance des prescriptions médicales, conditions d'hy-

- giène et de logement équivalentes à celles d'une hospitalisation, disponibilité d'un accompagnant pour raccompagner le patient et rester la nuit suivante auprès de lui, conditions d'éloignement de moins d'une heure d'une structure de soins adaptée à l'acte, accès rapide à un téléphone,
- et deux critères médicaux : âge de plus de 6 mois, comorbidités définies par un stade ASA 1, 2 et 3 stabilisé.
  - Les actes d'anesthésie englobent le suivi depuis la consultation pré-anesthésique jusqu'à la préparation à la sortie. La structure organise la prise en charge de l'anesthésie.
- Leur conclusion rappelle que ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais bien le patient qui le devient.

## Chez soi à tout prix

Faut-il adhérer à cette volonté de ne plus dormir à l'hôpital ou la clinique ?

La volonté de réduire les dépenses de santé conduit à cette logique de diminution de l'activité de nuit.

Être le soir à son domicile est certainement mieux si l'on retrouve un foyer sécurisant, adapté au handicap, et que les complications postopératoires ont été prévenues, contrairement à une hospitalisation dans un service bondé où les infirmières ne sont pas disponibles et où la douleur postopératoire n'est pas prise en charge rapidement même s'il y a un protocole bien rédigé. Le (la) patient(e) doit être conscient(e) que le fait de rentrer chez soi est synonyme de repos avec la jambe du côté opéré allongée pour ne pas risquer l'œdème et la douleur. Pouvons-nous en tant que chirurgiens dépister les conditions d'hébergement susceptibles d'être néfastes au résultat ?

## Une hospitalisation chronométrée

L'ambulatoire entraîne une organisation rigoureuse. L'appel de la veille donne l'heure de l'entrée et il ne faut pas être en retard, sinon tout le

programme opératoire est perturbé. Les formalités d'accueil se font à l'avance car le jour J, il y a peu de temps pour les formalités d'inscription. Arrivé(e) dans le service, l'infirmière accueille le (la) patient(e) par un interrogatoire concis et efficace : il importe de ne pas se tromper ni de patient (identito-vigilance), ni d'intervention, ni de côté !

Le brancardier transfère le (la) patient(e) au bloc opératoire. L'anesthésie locorégionale est aussitôt faite et le patient est transféré dans un bloc où l'équipe chirurgicale l'attend.

L'intervention est finalement le temps de répit. Puis, le passage en salle de réveil est plus ou moins long selon le type d'anesthésie. Enfin, le brancardier ramène le (la) patient(e) en chambre où l'infirmière le (la) prend en charge jusqu'au passage du chirurgien ou de l'anesthésiste. Le (la) patient(e) rejoint sa voiture à moins que le VSL ou l'ambulance ne vienne le (la) chercher, souvent lorsque le bloc d'anesthésie locorégionale n'est pas encore levé.

Le traitement postopératoire est prévu avant l'intervention pour éviter de courir à la pharmacie à la sortie de l'hospitalisation.

Un seul moyen d'éviter la précipitation : le professionnalisme agrémenté de sérénité à tous les niveaux. On comprend qu'il faille un chef pour diriger cette orchestration méticuleuse !

## Une information préopératoire essentielle

L'information préopératoire doit être éclairée. Donner des informations de manière exhaustive est réalisable mais la capacité du patient à les mémoriser toutes est difficile à évaluer. L'information orale doit s'aider de documents écrits mais le volume des lectures est souvent rebutant. L'idée du site internet peut intéresser certains patients avec des photographies ou des vidéos plus attrayantes.

La préparation préopératoire peut faire l'objet d'une check-list à cocher avant de partir à la clinique ou à l'hôpital : interdiction de rasage, douche au domicile, documents nécessaires pour l'hospitalisation et l'intervention (imagerie, biologie), équipement postopératoire (chaussure(s), cannes anglaises, bas de contention, etc.).

Le passeport ambulatoire (livret d'accueil spécifique) a donc été instauré.

L'absolu nécessité d'être à jeun devra être bien comprise. Le patient devient bien plus « actif et responsable » dans sa prise en charge que dans l'hospitalisation conventionnelle : il devient le pivot du système.

Le retour au domicile dans de bonnes conditions nécessite une information préopératoire sur la prise en charge de la douleur, les éventuelles complications et leurs solutions, ainsi que les numéros d'appel en cas de problème. L'accompagnant et le médecin traitant deviennent des partenaires essentiels.

Ce livre est le fruit d'un échange d'expériences de praticiens reconnus en chirurgie ambulatoire et en chirurgie du pied et de la cheville. Il relate la réflexion et l'expérience de praticiens d'une hyperspécialité contrairement aux travaux de l'AFCA, association plus transversale. L'analyse des deux associations est parfaitement complémentaire. Elle pèse l'indication dans le respect du tryptique patient-acte-structure.

É. Toullec, secrétaire général de l'AFCP

B. Piclet-Legré, secrétaire adjointe de l'AFCP





# Table des matières

<b>Liste des collaborateurs</b>	<b>V</b>		
<b>Abréviations</b>	<b>VII</b>		
<b>Préface</b>	<b>IX</b>		
<b>Avant-propos</b>	<b>XI</b>		
<b>Introduction</b>	<b>XIII</b>		
<b>Chapitre 1</b>			
<b>La prise en charge du pied en chirurgie ambulatoire en Europe et dans le monde</b>	<b>1</b>		
<b>État des lieux, enquête de pratiques</b> . . . . .	<b>1</b>		
<i>F. Lintz, F. Gaudot, M. Di Schino</i>			
Introduction . . . . .	1		
Historique et état des lieux de la chirurgie ambulatoire dans le monde . . . . .	2		
Enquête de pratiques en Europe concernant la chirurgie de la cheville et du pied . . . . .	7		
Introduction (7), Matériels et méthodes (7), Résultats (9), Population et activité des répondeurs (9), Procédure ambulatoire (10), Discussion (11).			
<b>Chapitre 2</b>			
<b>Contribuer au développement de la chirurgie ambulatoire</b>	<b>13</b>		
<b>Mise au point sur les travaux et recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS)</b>	<b>13</b>		
<i>M. Morin-Surroca, C. Andriamanga</i>			
<b>Chapitre 3</b>			
<b>Implication médico-légale et prise en charge Sécurité sociale</b>	<b>17</b>		
<i>J.-L. Grisard</i>			
<b>3.1 La chirurgie en ambulatoire et ses implications médico-légales</b> . . . . .	<b>17</b>		
Encadrement juridique des structures de soins alternatives à l'hospitalisation . . . . .	17		
Continuité des soins . . . . .	17		
L'acte d'anesthésie et de chirurgie et la gestion des risques . . . . .	18		
		La sinistralité de la chirurgie ambulatoire . . . . .	18
		En résumé . . . . .	19
		<b>3.2 Chirurgie ambulatoire : prise en charge par la Sécurité sociale</b> . . . . .	<b>19</b>
		Introduction . . . . .	19
		Question de la comorbidité associée (CMA) (20), Question du coût du matériel utilisé (20).	
<b>Chapitre 4</b>			
<b>Présentation du circuit ambulatoire en général</b>	<b>23</b>		
<i>V. Darcel, O. Laffenêtre</i>			
Introduction . . . . .	23		
Les différents types d'organisation ambulatoire	23		
La structure intégrée (24), La structure autonome (24), La structure satellite (24), La structure indépendante (24).			
Le circuit patient . . . . .	24		
Avant l'hospitalisation en ambulatoire (25), Le temps préopératoire de l'hospitalisation (25), L'acheminement au bloc et l'intervention (26), La salle de surveillance postopératoire (SSPI) (26), Le temps d'hospitalisation postopératoire (27), La continuité des soins après le retour à domicile (28), L'appel téléphonique à J + 1 ou appel du lendemain (28).			
Conclusions . . . . .	28		
<b>Chapitre 5</b>			
<b>Anesthésie ambulatoire en chirurgie du pied et de la cheville</b>	<b>31</b>		
<b>Modalités, avantages et inconvénients, indications</b>	<b>31</b>		
<i>P. Grillo, J. Piclet, F. Cohade, M. Hélix, B. Piclet</i>			
Introduction . . . . .	31		
Modalités de la prise en charge ambulatoire . . . . .	31		
La consultation chirurgicale (31), La consultation anesthésique (32), Stratégie anesthésique et analgésique postopératoire (33).			
Place et avenir des cathéters périmerveux à domicile . . . . .	35		
Quels sont les risques de ces techniques? . . . . .	37		

Choix des blocs périmerveux pour la chirurgie du pied et de la cheville . . . . .	38
Innervation du pied et de la cheville (38), Apport de l'échographie dans l'anesthésie locorégionale en ambulatoire (40), Bloc du nerf saphène (40), Bloc du nerf fémoral (41), Bloc du nerf sciatique (41), Les blocs distaux au niveau de la cheville (41), Les infiltrations (45).	

Attitude pratique dans la stratégie anesthésique . . . . .	45
Conclusion . . . . .	45

**Chapitre 6**  
**«Bloc du pied» à la cheville par le chirurgien** **49**

**Proposition d'un protocole en chirurgie ambulatoire de l'avant-pied** **49**

*F. Fabié, K. Boussif, B. Delannes, H. Bermudes, O. Méricq, A. Simon*

Introduction . . . . .	49
Proposition d'un protocole . . . . .	50
La consultation (J-n) (50), L'appel de la veille (J-1) (52), Le jour de la chirurgie (J) (52), Le lendemain (J + 1) (57), Discussion (57).	
Conclusion . . . . .	59

**Chapitre 7**  
**L'organisation préopératoire** **63**

*W. Graff, A. Mouton, E. Toullec*

La consultation de chirurgie préopératoire . . . . .	63
Consultation préopératoire d'anesthésie . . . . .	65
La démarche administrative . . . . .	65
L'appel de la veille . . . . .	65
Conclusion . . . . .	66

**Chapitre 8**  
**Les indications de l'ambulatoire** **67**

**8.1 Indications, contre-indications, spécificités de la chirurgie de l'avant-pied . . .** **67**

Introduction . . . . .	67
Les indications . . . . .	67
Le terrain . . . . .	68
La pathologie . . . . .	68
Les modalités techniques . . . . .	68
Conclusion . . . . .	69

**8.2 Les indications dans l'arrière-pied et cheville . . . . .** **69**

Introduction . . . . .	69
Les indications . . . . .	69
Le terrain . . . . .	69

La pathologie . . . . .	69
Les modalités techniques . . . . .	70
Conclusion . . . . .	70
<b>8.3 Les indications en urgence . . . . .</b>	<b>70</b>
Introduction . . . . .	70
Critères d'exclusion traumatologique . . . . .	71
Prise en charge thérapeutique . . . . .	71
Suites postopératoires . . . . .	71
Conclusion . . . . .	73

**Chapitre 9**  
**La gestion postopératoire** **75**

*W. Graff, A. Mouton, B. Ferré*

La gestion de la douleur . . . . .	75
Le rôle de l'équipe soignante . . . . .	75
Consignes postopératoires . . . . .	76
La gestion des complications précoces . . . . .	76
Les douleurs rebelles (76), Le pansement souillé de sang (76).	
L'appel du lendemain . . . . .	77
Conclusion . . . . .	78

**Chapitre 10**  
**Évaluation de la prise en charge de la chirurgie de l'avant-pied en ambulatoire** **79**

*S. Ménager*

Introduction . . . . .	79
Matériel et méthode . . . . .	79
Résultats . . . . .	80
Au bloc opératoire (80), Dans le service (80), À domicile (80).	
Discussion . . . . .	81
Conclusion . . . . .	82

**Chapitre 11**  
**Comparaison de la douleur après chirurgie de l'avant-pied en ambulatoire versus hospitalisation** **83**

*J.-L. Besse, P. Chaudier, M. Bourdin*

Introduction . . . . .	83
Matériel et méthodes . . . . .	83
Catégories de gestes sur l'avant-pied (83), Critères d'inclusion et d'exclusion (84), Type d'anesthésie et protocole douleur (84), Auto-évaluation (85), Méthodes d'analyse (87).	
Résultats . . . . .	88
Données générales de la population (88), Complications (88), Résultats sur la douleur globale (ambulatoire versus hospitalisation) (89), Résultats sur la douleur en fonction des catégories de gestes (89), Résultats en termes de comorbidités et anesthésie (90), Auto-évaluation (92).	

Discussion . . . . .	92
Conclusions . . . . .	95

## Chapitre 12

### **Les échecs de la prise en charge de la chirurgie ambulatoire** **97**

*J.-A. Colombier*

Matériel et méthodes . . . . .	97
Résultats . . . . .	98
Patients non retenus pour une prise en charge selon un mode ambulatoire (98), Impossibilité de sortie le jour même (98), Réadmission le jour même ou dans les jours suivant la chirurgie : 0,9 % (99), Satisfaction des patients à la lecture de l'enquête réalisée à distance de l'intervention (99).	
Discussion . . . . .	99
Conclusion . . . . .	100

## Chapitre 13

### **Analyse des événements porteurs de risque en chirurgie ambulatoire** **101**

*H. Bonfait, E. de Thomasson*

Introduction . . . . .	101
------------------------	-----

L'accréditation . . . . .	102
La base REX . . . . .	102
Les déclarations d'événements indésirables (EI) . . . . .	103
Principe (103), Méthode de déclaration (103), Analyse des premières déclarations (105), Conclusion (115).	

## Chapitre 14

### **Coût de la chirurgie de l'avant-pied en ambulatoire** **117**

*C. Piat, M. Delmi*

Préambule . . . . .	117
Conséquences . . . . .	118
Pour le chirurgien (118), Pour l'anesthésiste (119), Pour l'établissement (120), Pour le patient (120), Conséquences pour la collectivité du choix de l'ambulatoire (121).	
Discussion . . . . .	122
Conclusion . . . . .	124

## Chapitre 15

### **Conclusion** **125**

*C. Maynou, A. Rochwerger*

