

Suggested international terminology and definitions

A short presentation

Gérard Parmentier

Novembre 2005

*Chapitre d'un livre édité en langue anglaise par l'IAAS, à paraître, sous le titre :
«IAAS Recommendations for the development of Day Surgery Programmes»*

Pourquoi une proposition de terminologie internationale et qui la définit ?

L'IAAS (International Association for Ambulatory Surgery) regroupe officiellement une vingtaine de pays différents parmi ses membres et en regroupe une cinquantaine dans ses Congrès internationaux. Au fil des années, par ses publications et ses Congrès, elle a acquis une légitimité incontestée.

La chirurgie ambulatoire concerne toujours plus de patients, d'abord parce que ses qualités propres (pour les patients, pour les professionnels et pour la société) sont de mieux en mieux connues, mais aussi parce que les capacités d'organisation s'améliorent, ensuite parce que cette organisation nouvelle renforce les progrès en matière de contrôle des risques (maîtrise de la douleur et du risque hémorragique en particulier) et des contre-indications médicales. Il restera toujours les contre-indications psycho-socio-environnementales.

L'organisation de la chirurgie centrée sur les patients et non plus sur les professionnels est une innovation majeure et reste un challenge fondamental dans la plupart des pays. Bien conduite elle deviendra, elle commence parfois à devenir la norme. L'expérience de la Grande Bretagne est ici particulièrement fondatrice.

Lors de sa formation en 1995, les membres fondateurs insistent, dans leur "Déclaration liminaire" sur la "spécificité du concept de chirurgie ambulatoire" :

«...ambulatory surgery refers to surgical or diagnostic interventions, currently performed with traditional hospitalisation, that could, in most cases, be accomplished with complete confidence without a night of hospitalisation. Among other things, these procedures require the same technically sophisticated facilities as when done on inpatient basis, rigorous pre-operative selection procedures and postoperative follow-up of several hours.

Ambulatory surgery is equally well-suited for interventions which are not suitable for execution in a practitioner's office.

Terms used to express the concept are: ambulatory surgery, major ambulatory surgery, day surgery, ambulatory anaesthesia.

Modern day surgery is not simply a shortened hospital stay or an architectural mode! Rather, it is a complex, multifaceted concept involving institutional, organizational, medical, economic and qualitative considerations.»

... la chirurgie ambulatoire concerne les interventions chirurgicales ou diagnostiques lourdes couramment pratiquées avec une hospitalisation traditionnelle, qui pourraient, dans la plupart des cas, être accomplies en toute sécurité sans une seule nuit d'hospitalisation. Entre autres choses, ces procédures exigent la même qualité d'équipement que si elles étaient faites sur des patients hospitalisés, elles exigent une rigoureuse sélection préopératoire des patients, et un suivi postopératoire de plusieurs heures.

La chirurgie ambulatoire est, par ailleurs, bien adaptée aux interventions qu'il est souhaitable de ne pas pratiquer dans les cabinets médicaux.

Les différents noms qui expriment le concept sont : chirurgie ambulatoire, chirurgie majeure ambulatoire, chirurgie de jour, anesthésie ambulatoire.

La chirurgie ambulatoire moderne n'est pas réductible à un séjour hospitalier raccourci ou à un modèle architectural. Bien plus, elle est un concept complexe et multidisciplinaire articulant les sphères institutionnelles, organisationnelles, médicales, de soins, économiques et qualitatives.

Hormis "l'exigence de suivi postopératoire de plusieurs heures", cette "Déclaration Liminaire" n'a rien perdu de son actualité. Elle rappelle que l'insistance sur la nécessité de bien distinguer la spécificité du concept a été perçue dès l'origine. Dans les années 90 de nombreux pays se sont dotés de leur propre définition de la chirurgie ambulatoire. Pourtant trois grandes raisons nous ont convaincus de la responsabilité de l'IAAS en matière de clarification internationale de la terminologie concernée.

- Les bienfaits potentiels de la chirurgie ambulatoire sont d'une telle importance qu'il faut nous assurer des conditions de son développement. Or, le caractère innovant de la chirurgie ambulatoire fait que, par nature, son développement est long et vulnérable. Comprendre le concept est une des clefs du succès.
- Les comparaisons des pratiques, l'arrivée de l'évidence based medicine, la volonté des pays démocratiques d'assurer l'accessibilité de tous à des soins de qualité nécessitent des outils

de benchmarking. La première condition consiste à mettre les mêmes choses derrière les mêmes mots.

- Des publics spécifiques ont besoin de définitions relativement standardisées dans leur travail et sont demandeurs d'une telle rationalisation. Seule une organisation internationale peut fédérer les énergies et les compétences nécessaires.

"Providing affordable, accessible, and quality health care is one of the greatest challenges to society" (Un des plus grand défis auquel nos sociétés ont à faire face consiste à pouvoir offrir une prise en charge sanitaire d'un prix abordable, accessible à tous, et de qualité) notait aussi notre Déclaration liminaire. La chirurgie ambulatoire n'est pas une invention, c'est une innovation et notre expérience nous montre chaque jour, s'il en était besoin, que la différence est fondamentale. Quels que soient ses bienfaits, une innovation est mortelle, sa survie et son développement dépendent du respect des conditions de sa mise en œuvre. C'est ce qui la distingue d'une invention. Une invention s'impose d'elle-même et crée naturellement, si nécessaire, ses propres organisations, son propre vocabulaire, ses propres conditions de production. Une innovation est d'abord contestée et niée dans sa spécificité (rappelons-nous par exemple que, jusqu'à la fin des années 90, la chirurgie ambulatoire a été interdite dans les hôpitaux publics en Allemagne. En France il a fallu que la CNAM fasse une énorme enquête sur 35.000 dossiers pour "prouver" que la chirurgie ambulatoire avait les mêmes avantages que partout ailleurs. Tous les pionniers se sont heurtés aux mêmes difficultés dans leurs hôpitaux. Wallace Reed avait coutume de dire qu'en 1970 il avait fondé son centre à Phoenix-Arizona pour échapper à la "bureaucratie hospitalière" qui empêchait l'innovation. Pour bien se distinguer il créait en même temps le terme de "surgicenter"). L'innovation consiste en une nouvelle manière de faire. Elle doit donc s'attacher à bien faire comprendre le sens des mots qui la caractérisent. D'où l'importance d'un accord international sur le contenu du concept et donc sur le vocabulaire employé. La distinction invention-innovation n'est pas que sémantique. La bonne compréhension de la nature innovante de la chirurgie ambulatoire justifie la mise en œuvre de politiques incitatives spécifiques. Elle conditionne tout autant l'adéquation et l'efficacité de ces politiques incitatives. A l'inverse elle permet d'expliquer les échecs de mesures que les autorités sanitaires croyaient incitatives et qui s'avèrent inefficaces. Et c'est un fait que centrer l'organisation des hôpitaux sur le patient et non plus sur les professionnels est un vrai changement de paradigme. Ce changement est difficile. Nous expérimentons tous les jours dans nos hôpitaux que le coût du changement est ressenti par beaucoup comme supérieur au coût de l'inefficacité ou même au coût du risque de disparition professionnelle. La qualité de l'attention accordée aux patients, et la compétence des professionnels ne sauraient suppléer aux carences de l'organisation. Le changement fondamental dont il est question ici se traduit par des organisations différentes selon les contextes, mais il est partout porteur de progrès significatifs. L'effort de clarification est donc partout justifié.

L'effort de définition qui a été fait dans beaucoup de pays est maintenant important. Selon les traditions il s'est plus ou moins incarné dans la réglementation. Certains ont voulu compléter le nom d'adjectifs qui leur semblaient indissociables. Les Espagnols parlent de chirurgie "lourde" ambulatoire. Les Français de chirurgie ambulatoire "qualifiée et substitutive", "d'alternative à l'hospitalisation". Beaucoup ont fait labéliser le vocabulaire par des conférences de consensus. Les voies sont diverses, mais tous les pays et tous les professionnels qui se sont attachés à développer la chirurgie ambulatoire ont voulu être précis sur le concept pour bien le distinguer.

Pourtant il fallait aller plus loin. Nombreuses étaient les demandes. Toutes aussi nombreuses étaient les erreurs et confusions relevées au travers de la littérature ou dans les actions et politiques menées par les autorités de Tutelles ou les Financeurs. Les nécessaires comparaisons de pratique exigeaient, elles aussi, une homogénéisation internationale des définitions. Dès l'origine (à l'occasion de nos premiers Congrès à Bruxelles au début des années 90) l'OCDE, par exemple, nous avait demandé de clarifier et d'unifier les concepts afin de pouvoir procéder aux comparaisons internationales nécessaires. On en trouve le fruit dans les deux premières publications pilotées par Claude de Lathouwer et dans la dernière, présentée ici, et conduite par Claus Toftgaard.

Au-delà des membres de nos associations et de l'OCDE, plusieurs groupes de professionnels étaient potentiellement demandeurs d'une telle clarification de la terminologie. Les traducteurs et les interprètes de nos Congrès et sans doute beaucoup d'autres avaient du mal à traduire des concepts précis, souvent nouveaux pour eux et dont ils pressentaient à chaque intervention que la traduction était liée à des contextes nationaux prégnants. Les décideurs et autres responsables des systèmes de santé et des systèmes hospitaliers en particulier sont aussi des hommes et des femmes comme les autres. Dans tous les pays le précepte selon lequel "nul n'est prophète en son pays" s'applique. Dans les nécessaires efforts pour convaincre les politiques et les décideurs des bienfaits de la chirurgie ambulatoire rien ne vaut des exemples étrangers, pourvu qu'ils soient vraiment comparables. Les priorités parmi les bienfaits attendus de la chirurgie ambulatoire ne sont pas les mêmes selon les pays : réduction des listes d'attente, efficacité et qualité des soins et plus largement du système hospitalier, satisfaction des patients, réduction des risques d'infection, meilleure qualification des professionnels, amélioration des conditions de vie des professionnels, accessibilité...

L'acte restant le même, il s'agit des conditions d'organisation de la structure et de coordination des équipes d'une part, de sécurité et d'environnement d'autre part, de sélection des patients toujours, éventuellement d'une base de tarification ou d'allocation de ressources. Les organisations et les architectures ne sont pas les mêmes, mais, toujours, le concept d'une organisation centrée sur les patients se révèle utile et efficace pour tous. Last but not least, la chirurgie ambulatoire commence heureusement à être enseignée. Les enseignants comme les étudiants ont donc besoin d'une terminologie éprouvée et stabilisée.

Notre démarche a été pragmatique. L'hypothèse d'un recours à des traducteurs ne s'est même pas posée. Il s'agit de pratique. C'était donc aux praticiens de la chirurgie ambulatoire de faire cet effort de sémantique.

L. Roberts et J. Warden, de l'Association Australienne, ont proposé une première codification internationale de la terminologie relative à la chirurgie ambulatoire (cf. leur article dans *Ambulatory Surgery* 6 (1998) 3)

Le Comité Exécutif de l'IAAS réuni le samedi 4 avril 1998 l'a prise en compte. Il a décidé d'en faire une publication après relecture, vérification et traduction par chacune des Associations nationales. Cette publication présente le vocabulaire et les définitions retenues comme "standard" par l'IAAS, en langue anglaise, systématiquement complétés par les définitions-traductions adoptées dans leurs langues nationales par chacune des Associations nationales concernées et par les commentaires nécessaires. La version finale précise d'ailleurs que la "*terminology of the following Ambulatory Surgery definitions may be interpreted and expressed in more appropriate terms to satisfy the specific requirements of healthcare authorities in each nation*" ("*Les termes retenus pour les définitions relatives à la Chirurgie Ambulatoire peuvent être interprétés et exprimés de façon plus appropriée afin de satisfaire aux exigences spécifiques des autorités sanitaires de chaque pays*"). Chaque pays membre s'est donc mis au travail.

Un premier document a définitivement été adopté lors de la réunion du Comité Exécutif de La Corogne du 23 octobre 1999.

Le document se compose d'un préambule et d'une suite de mots de langue anglaise. Les deux sont indissociables. On devrait dire qu'ils sont eux-mêmes indissociables de la "Déclaration liminaire" déjà citée.

Chaque mot, il y en a 17, est assorti de commentaires en langue anglaise et de la traduction proposée par chacune des Associations nationales des pays cités.

Le document présente ensuite un tableau par pays qui reprend de façon systématique et sous la même forme, en anglais et dans la langue du pays considéré, l'ensemble préambule, terminologie, définitions et précisions ainsi que les commentaires spécifiques du pays concerné.

Les 17 termes ou expressions sont regroupés et définis ainsi :

Terminology

Precisions

- 1 - SYNONYMS AND TIME FRAMES

Ambulatory

- Synonyms: Day. Same day. Day only.
- Time frame: working day - no overnight stay.

Denmark	<i>Ambulant</i>
France	<i>Chirurgie ambulatoire</i>
Germany	<i>Ambulant, tageschirurgisch</i>
Italy	<i>Day Surgery</i>
Netherlands	<i>Ambulant</i>
Norway/Scandinavia	<i>Dagbehandling</i>
Poland	<i>Chirurgia ambulatoryjna</i>
Portugal	<i>Cirurgia Ambulatória; Cirurgia e/ou Anestesia Ambulatória.</i>
Spain	<i>Cirurgia Mayor Ambulatoria (CMA)</i>

Ambulatory Surgery Centre (facility)

- Synonyms: Day Clinic. Day Surgery Centre / Unit. Ambulatory Surgery Unit.

Denmark	<i>Ambulant kirurgisk klinik</i>
France	<i>Unité de chirurgie ambulatoire</i>
Germany	<i>Ambulantes Operationszentrum (Einrichtung), Tageschirurgie</i>
Italy	<i>Centro di Day Surgery</i>
Netherlands	<i>Dagcentrum / kliniek</i>
Norway/Scandinavia	<i>Dagkirurgisk senter</i>
Poland	<i>Centrum (Ośrodek) Chirurgii Ambulatoryjnej</i>
Portugal	<i>Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA)</i>
Spain	<i>Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA)</i>

Extended Recovery

- Synonyms: 23 h. Overnight stay. Single night.
- Time frame: under 24 hours

Denmark	<i>Udvidet opvågning</i>
---------	--------------------------

France	<i>Séjour d'une nuit (inférieur à 24 heures)</i>
Germany	<i>Verlängerter Erholungsbedarf</i>
Italy	<i>Ricovero (osservazione) protratto</i>
Netherlands	<i>Dagopname</i>
Norway/Scandinavia	<i>Utvidet Recovery</i>
Poland	<i>Hospitalizacja "jednego dnia"</i>
Portugal	<i>Estadia com pernoita hospitalar</i>
Spain	<i>Recuperación Prolongada.</i>

Short stay

- Time frame: 24 - 72 hours

Denmark	
France	<i>Court séjour (de 24 à 72 heures)</i>
Germany	<i>Kurzaufenthalt, kurzstationär</i>
Italy	
Netherlands	<i>Kort verblijf</i>
Norway/Scandinavia	
Poland	<i>Hospitalizacja krótkoterminowa</i>
Portugal	<i>Curta estadia hospitalar (de 24 a 72 horas)</i>
Spain	

- 2 - DEFINITIONS - GENERAL

Surgery / Office

A medical practitioner's professional premises.

Denmark	<i>Kirurgisk speciallæge praksis</i>
France	<i>Cabinet médical</i>
Germany	<i>Operationsraum einer Arztpraxis, einer Tages- oder Praxisklinik</i>
Italy	<i>Studio medico</i>
Netherlands	<i>Spreekkamer</i>
Norway/Scandinavia	<i>Kirurgisk kontor</i>
Poland	<i>Ambulatorium/Gabinet lekarski</i>
Portugal	<i>Consultório Médico</i>
Spain	<i>Consulta/Consultorio</i>

Outpatient Department

Section(s) of a hospital or a free standing ambulatory surgery centre, public or private, for the management of outpatients.

Denmark	<i>Ambulatorium</i>
France	<i>Unité de chirurgie ambulatoire : UCA</i>
Germany	<i>Poliklinik, Abteilung für Tageschirurgie</i>
Italy	<i>Dipartimento ambulatoriale (Centro di Servizi Ambulatoriali)</i>
Netherlands	<i>Polikliniek</i>
Norway/Scandinavia	<i>Poliklinikk</i>
Poland	<i>Przychodnia</i>
Portugal	<i>Departamento de Ambulatório</i>
Spain	<i>Consulta Externa</i>

Outpatient.

A patient treated solely in the outpatient department, including such services as ambulatory procedure, interventional radiology, radiotherapy, oncology, renal dialysis, etc....

Denmark	<i>Ambulant patient</i>
France	<i>Patient pris en charge en chirurgie ambulatoire.</i>
Germany	<i>Ambulanter Patient</i>
Italy	<i>Paziente ambulatoriale</i>
Netherlands	<i>Poliklinische patiënt</i>
Norway/Scandinavia	<i>Poliklinisk</i>
Poland	<i>Pacjent ambulatoryjny</i>
Portugal	<i>Doente em Ambulatório</i>
Spain	<i>Paciente Ambulatorio</i>

Inpatient

A patient admitted into a hospital, public or private, for a stay of 24 h or more.

Denmark	<i>Indlagt patient</i>
France	<i>Patient hospitalisé</i>
Germany	<i>Stationärer Patient</i>
Italy	<i>Paziente ricoverato in regime ordinario</i>
Netherlands	<i>Opgenomen patiënt</i>
Norway/Scandinavia	<i>Innlagt pasient</i>
Poland	<i>Pacjent hospitalizowany</i>
Portugal	<i>Doente Internado</i>
Spain	<i>Paciente ingresado</i>

- 3 - DEFINITIONS - SURGERY / OFFICE OR OUTPATIENT

Surgery / Office Procedure

An operation or procedure carried out in a medical practitioner's professional premises which provides an appropriately designed, equipped and serviced room(s) for its safe performance.

Denmark	<i>Speciallæge praksis procedurer</i>
France	<i>Soins externes, actes réalisés au cabinet médical</i>
Germany	<i>Prozedur im Operationsraum einer Arztpraxis, Tages- oder Praxisklinik</i>
Italy	<i>Prestazione chirurgica ambulatoriale</i>
Netherlands	<i>Spreekkamer verrichting</i>
Norway/Scandinavia	<i>Kirurgisk kontor operasjon</i>
Poland	<i>Zabieg ambulatoryjny / procedura ambulatoryjna</i>
Portugal	<i>Procedimento realizado em Consultório Médico</i>
Spain	<i>Intervención o procedimiento en consulta</i>

Outpatient Procedure

An operation or procedure carried out in the outpatient department of a hospital, public or private.

Denmark	<i>Ambulant procedure</i>
France	<i>Soins externes, actes relevant du cabinet médical mais réalisés dans le cadre d'une unité de chirurgie ambulatoire</i>
Germany	<i>Ambulante Prozedur</i>
Italy	<i>Prestazione ambulatoriale</i>
Netherlands	<i>Poliklinische ('kleine') verrichting</i>
Norway/Scandinavia	<i>Poliklinisk prosedyre</i>
Poland	<i>Zabieg ambulatoryjny / procedura ambulatoryjna</i>
Portugal	<i>Procedimento efectuado a Doente em Ambulatório</i>
Spain	<i>Procedimiento ambulatorio</i>

- 4 - DEFINITIONS - AMBULATORY SURGERY

Ambulatory Surgery / Procedure

An operation/procedure, excluding an office/surgery or outpatient operation/procedure, where the patient is discharged on the same working day.

Denmark	<i>Dagkirurgi/procedurer</i>
France	<i>Acte (intervention, exploration) pris en charge en chirurgie ambulatoire</i>
Germany	<i>Ambulante Operation / Prozedur, tageschirurgischer Eingriff</i>
Italy	<i>Intervento chirurgico/Procedura di Day Surgery</i>
Netherlands	<i>Dagchirurgie</i>
Norway/Scandinavia	<i>Dagkirurgisk prosedyre</i>
Poland	<i>Zabieg (procedura) w oddziale dziennym</i>
Portugal	<i>Procedimento em regime de Cirurgia Ambulatória</i>
Spain	<i>Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)</i>

Ambulatory Surgery / Procedure Patient

A patient having an operation, procedure excluding an office / surgery or outpatient operation/procedure, who is admitted and discharged on the same working day.

Denmark	<i>Dagkirurgisk klinik/center</i>
France	<i>Patient pris en charge en chirurgie ambulatoire.</i>
Germany	<i>Patient für ambulanten chirurgischen Eingriff, für tageschirurgischen Eingriff</i>
Italy	<i>Pazienti arruolati per la Day Surgery</i>
Netherlands	<i>Dagchirurgie patient</i>
Norway/Scandinavia	<i>Dagkirurgisk Pasient</i>
Poland	<i>Pacjent leczony w trybie dziennego pobytu</i>
Portugal	<i>Doente submetido a um procedimento em regime de Cirurgia Ambulatória</i>
Spain	<i>Paciente de CMA</i>

Ambulatory Surgery Center (Facility)

A centre (facility) designed for the optimum management of an ambulatory surgery/procedure patient.

Denmark	<i>Dagkirurgisk Senter</i>
France	<i>Centre, unité de chirurgie ambulatoire</i>
Germany	<i>Ambulantes Operationszentrum (Einrichtung), Tagesklinik</i>
Italy	<i>Centro di Day Surgery</i>
Netherlands	<i>Dagcentrum / Afdeling voor dagbehandeling / dagverpleging</i>
Norway/Scandinavia	<i>Dagkirurgisk Senter</i>
Poland	<i>Centrum (Ośrodek) Chirurgii Ambulatoryjnej</i>
Portugal	<i>Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA)</i>
Spain	<i>Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA)</i>

Ambulatory Surgery / Procedure - Extended Recovery Patient

A patient treated in ambulatory surgery / procedure centre/unit, free standing or hospital based, who requires extended recovery including overnight stay, before discharge the following day.

Denmark	<i>Dagkirurgisk patient med udvidet opvågning</i>
France	
Germany	<i>Ambulante Operation / Prozedur – Patient mit verlängerter Erholungsbedarf, Praxisklinik</i>
Italy	<i>Paziente sottoposto ad una procedura chirurgica di Day Surgery che necessita di osservazione prolungata</i>
Netherlands	
Norway/Scandinavia	<i>Dagkirurgisk prosedyre – Utvidet recovery</i>
Poland	<i>Pacjent leczony w trybie hospitalizacji "jednodniowej"</i>
Portugal	<i>Doente submetido a intervenção em regime de Cirurgia Ambulatória com pernoita hospitalar</i>
Spain	<i>Paciente de Recuperación Prolongada</i>

Ambulatory Surgery / Procedure - Extended Recovery Centre / Unit

Purpose constructed / modified patient accommodation, free standing or within an ambulatory surgery centre or hospital, specifically designed for the extended recovery of ambulatory surgery / procedure patients.

Denmark	<i>Dagkirurgisk enhed med udvidet opvågning</i>
France	
Germany	<i>Ambulante Operation / Prozedur – Zentrum / Einheit für verlängerten Erholungsbedarf, Praxisklinik</i>
Italy	<i>Struttura destinata ad accogliere i pazienti sottoposti a Interventi in Day Surgery che debbano rimanere sotto osservazione medica prolungata (per una notte)</i>
Netherlands	
Norway/Scandinavia	<i>Dagkirurgisk utvidet recovery enhet</i>
Poland	
Portugal	<i>Unidade de Cirurgia Ambulatória com capacidade para recobro prolongado permitindo a estadia do doente por uma noite</i>
Spain	<i>UCMA con recuperación prolongada.</i>

Limited care accomodation

Hotel / hostel accomodation for ambulatory surgery / procedure patients where professional health care is available on an on-call basis.

Denmark	<i>Begrænset pleje enhed</i>
France	
Germany	<i>Unterbringung mit begrenzter Pflegemöglichkeit</i>
Italy	<i>Struttura di degenza protetta</i>
Netherlands	
Norway/Scandinavia	<i>Begrænset overvåking</i>
Poland	<i>Zakwaterowanie z zapewnieniem opieki medycznej w ograniczonym zakresie</i>
Portugal	<i>Instalações Hoteleiras com cuidados de saúde limitados e específicos</i>
Spain	<i>Hotel de pacientes</i>

Hotel / Hostel Accomodation

Accomodation without professional health care for ambulatory surgery / procedures: required by patients for domestic, social or travel reasons.

Denmark	<i>Patienthotel</i>
France	<i>Hôtel</i>
Germany	<i>Unterbringung in Hotel / Pension</i>
Italy	<i>Strutture alberghiere convenzionate</i>
Netherlands	
Norway/Scandinavia	<i>Sykehotel</i>
Poland	<i>Zakwaterowanie w hotelu lub hostelu</i>
Portugal	<i>Instalações Hoteleiras sem cuidados de saúde</i>
Spain	<i>Hotel</i>

Ainsi, dans le document complet, chacun de ces termes est complété de précisions en langue anglaise et traduit par les Associations de 10 pays (China, Denmark, France, Germany, Italy, Norway/Scandinavia, Poland, Portugal, Spain, The Netherlands). Chacun de ces pays a ensuite complété sa traduction des précisions et commentaires nécessaires à son propre contexte. Souvent par exemple ces précisions permettent de situer le concept par rapport à la réglementation en vigueur. C'est ainsi que les pays de langue anglaise devraient à l'avenir apporter des compléments de même nature et il est souhaitable que les pays partageant la même langue apportent les précisions nécessaires à la bonne compréhension de leurs spécificités. L'Angleterre n'est pas assimilable à l'Australie et les USA sont divers. De même le Québec, la France, la Belgique et la Suisse doivent être distingués. D'autres traductions sont en cours. L'arrivée progressive des pays de l'Est et celle des pays de l'ancien "tiers-monde" constitueront les prochaines grandes étapes.

Bien sûr ce document de près de 100 pages ne pouvait être présenté ici dans son intégralité. Il est disponible auprès de l'IAAS et sur son site Internet.

Nous pensons ainsi aider à clarifier le concept de chirurgie ambulatoire.

Pour autant, ce document, aussi précieux soit-il, est le fruit d'une "négociation internationale" et donc le fruit de compromis longs à obtenir et parfois décevants pour les spécialistes. Cela vaut donc quelques explications complémentaires, à titre d'exemples :

- Les travaux de l'IAAS ont montré que le terme "**ambulatoire**" est ambigu, dans toutes les langues et pas seulement dans les langues latines comme on aurait pu le croire. La difficulté vient de sa proximité avec la ville : le mot ambulatoire est proche de celui de marche, au sens de "marcher", mais, souvent, la médecine ambulatoire signifie l'exercice par un professionnel de santé dans la ville, par opposition à l'hôpital. Il a néanmoins été décidé de le conserver compte-tenu de l'usage déjà trop bien établi dans la plupart des pays.
- Le terme de "**journée**" était lui-même ambigu. Il ne fallait pas prendre le risque de réduire les innovations en matière d'organisation des durées d'utilisation des équipements (même dans un hôpital, les équipements doivent travailler le plus longtemps possible !). Les réglementations sont ici particulièrement différentes d'un pays à l'autre. C'est ainsi que le choix s'est assez vite stabilisé sur la notion de durée de travail journalière (working day) comme durée maximale de présence du patient dans la structure de chirurgie ambulatoire. Il faut qu'il dorme au bout d'un temps "normal" dans son lieu de vie habituel ou dans un lieu similaire.
- Le terme "**outpatient**" est manifestement insuffisant et plusieurs représentants de langue anglaise en convenaient. Pour les Français et les Belges par exemple, et pour d'autres, il paraissait nécessaire et utile de distinguer deux types de prises en charge : les patients pris en charge en chirurgie ambulatoire et les patients "externes", pris en charge en cabinet médical. D'autres trouvaient que la distinction était évidente et qu'il n'y avait nul besoin de la spécifier. Bien qu'il y ait eu un accord pour affiner la distinction, le Bureau Exécutif y a renoncé, par peur des délais. C'est bien le propre des organisations internationales d'avoir des délais incompressibles longs. Le choix a été fait de publier, quitte à améliorer par la suite.
- Comme une question en entraîne toujours une autre, le débat a rebondi avec la question des "**short stay**". Fallait-il créer un quatrième concept pour ces séjours d'une ou de deux nuits en distinguant hospitalisés, (très) court séjour, ambulatoires, cabinet ? La question reste ouverte. Les critères discriminants restent inchangés. Mais le short stay (très court séjour, jusqu'à 2 nuits) et l'inpatient (hospitalisation traditionnelle) ne changent fondamentalement ni l'organisation ni la culture des professionnels. La chirurgie ambulatoire change les deux. Elle s'en distingue donc fondamentalement. La question du short stay est une question de constat dans les statistiques, de comportements culturels plus ou moins dominants (ils conduisent le plus souvent à des séjours de deux nuits) ou une question d'opportunité pour les autorités ou les financeurs. Il est important de distinguer la terminologie. La chirurgie ambulatoire, c'est bien autre chose que le très court séjour. Ce qui la définit c'est l'organisation. Le fait que le patient soit libéré le jour même est le fruit de l'organisation, il n'est pas le fait générateur. La chirurgie ambulatoire n'est pas chirurgie rapide, c'est de la chirurgie organisée.
- La question de la **chirurgie de cabinet** a pris beaucoup d'importance dans certains pays. L'IAAS suit la question de très près. L'étude de la littérature et l'expérience pratique de ses membres la confirment dans deux types de considérations. L'une a été exprimée par son Comité Exécutif de la Corogne du 23/10/99 :

«The IAAS is aware of an increase in office-based surgery and it will advise its members and others who may seek its advice that suitable National Safety guidelines should be in place before they embark on any OBS programme. Furthermore the IAAS wishes to highlight the trend of escalating medical litigation and it aims to disassociate itself from any doctor, dentist, nurse or manager who may perform OBS without recourse to Nationally agreed regulations.»

"L'IAAS est consciente du développement de la chirurgie en cabinet. Elle conseille à ses membres et à ceux qui peuvent chercher son conseil de définir des guides nationaux pertinents de bonne pratique en matière de sécurité avant de démarrer un quelconque programme de chirurgie en cabinet.

De plus l'IAAS désire souligner la tendance générale à l'augmentation des litiges médicaux. Elle prévient donc qu'elle ne pourra soutenir un médecin, un chirurgien-dentiste, une infirmière ou un directeur qui participerait à un acte de chirurgie en cabinet sans s'appuyer sur une réglementation nationale agréée."

L'autre est très clairement exprimée par un éditorial de notre revue "Ambulatory surgery", éditorial signé de trois de ses anciens Présidents sous le titre «*The time has come to promote true day surgery*» ("Le temps est venu de promouvoir la vraie chirurgie ambulatoire") :

«*an office facility ought to be equipped and staffed to the level of a day unit. Then de facto it becomes a freestanding day unit.*»

"Un cabinet médical [qui pratique des actes de chirurgie] doit disposer d'un niveau d'équipement et de personnel équivalent à celui dont dispose une unité de chirurgie ambulatoire. Alors, de fait, il devient un centre de chirurgie ambulatoire autonome."

(P.E.M. Jarrett, De Lathouwer, T.W. Ogg, *The time has come to promote true day surgery*, Ambulatory Surgery 8 (2000) 163–164)

- Nous n'avons pas repris la **distinction chirurgie mineure, chirurgie majeure**. D'abord parce qu'elle n'est pas spécifique à la chirurgie ambulatoire. Ensuite parce qu'il est difficile de déterminer concrètement ce qui est mineur et ce qui est majeur. Il n'y a pas de chirurgie sans risque. Il n'y a pas d'anesthésie sans risque. Enfin cette distinction n'est pas opérationnelle pour aider les professionnels dans la nécessaire sélection des patients et elle ne préjuge en rien de la capacité et de l'organisation de l'équipe concernée. Doit-on rajouter que la chirurgie ambulatoire est parfois confondue, à tort, avec de la petite chirurgie ou présentée comme liée à des actes exploratoires ? Toute chirurgie a vocation à être "ambulatoire", sauf si l'acte concerné, le patient concerné, et/ou l'organisation concernée font que les conditions de sélection du patient ne sont pas respectées. La réponse est évidente pour les actes à fort risque hémorragique par exemple, mais nous savons que la frontière est mouvante. La maîtrise de la douleur fait tous les jours des progrès, mais la capacité de maîtrise de la douleur varie énormément d'une équipe à l'autre. La distinction chirurgie mineure - chirurgie majeure n'a donc pas été retenue par l'IAAS. Elle peut avoir un sens en termes de classification conventionnelle de complexité, d'environnement requis ou de coût par exemple, mais pas pour éclairer le concept de chirurgie ambulatoire.
- Plusieurs pays ont **renoncé à proposer une traduction "officielle"**, à vocation normative, **de certains termes** car, d'une part, ils ne recouvraient aucune réalité chez eux, d'autre part, ils risquaient de créer des confusions par rapport aux concepts fondamentaux. La notion d'hôtel médicalisé telle qu'elle existe aux Etats-Unis par exemple, est émergente dans certains pays (Suède, Australie...), mais n'est pas aujourd'hui admise ou reconnue dans d'autres. Cela ne veut pas dire que l'idée n'est pas féconde. Mais développée au sein d'un corpus de termes relatifs à la seule chirurgie ambulatoire, le lecteur non averti risquait de penser que le patient pouvait quitter l'unité de chirurgie ambulatoire sans avoir retrouvé les conditions d'un retour normal dans son lieu d'hébergement habituel. Ce risque a fait renoncer plusieurs de nos Associations. L'abandon progressif par les anesthésistes des critères d'aptitude à la rue (street readiness) au profit de critères d'aptitude au retour au domicile (home readiness) nous paraît ici plus fécond en termes de terminologie, mais ce vocabulaire n'est pas typique de la chirurgie ambulatoire.
- Certaines Associations nationales ont choisi de situer certaines définitions "**hors du champ réglementaire**". Il s'agit en particulier de pays pour lesquels ce champ réglementaire est d'une particulière importance dans la tradition juridique et l'approche des tribunaux. Il ne s'agit bien sûr pas d'un jugement de valeur sur le type d'organisation ou de structure concernée.
- Enfin, est-il besoin de rappeler qu'il est logique de ne trouver ici aucune **liste d'actes**. C'est le patient qui est ambulatoire et non l'acte. L'IAAS est donc tenue à une grande prudence en matière de liste d'actes éligibles. Mais je ne reprendrai pas ici ce qui a souvent été exposé sur le caractère tabou d'une éventuelle publication de liste d'actes, au moins dans les pays qui n'en sont qu'au début de leur expérience, d'une part, et sur le choix d'une liste "limitée mais significative" d'actes pouvant être pratiqués en chirurgie ambulatoire afin de dresser des comparaisons internationales. On le voit on n'est pas ici dans la définition sémantique mais dans le choix raisonné des composantes d'un suivi statistique ou, à l'extrême, sur le fondement d'une politique incitative ciblée. C'est ainsi que la British Association et le Gouvernement Anglais ont utilisé la notion de "panier" ("basket") et que l'Association Française a théorisé la "liste limitée mais significative" retenue par l'IAAS avec la notion nouvelle "d'actes marqueurs" retravaillée ensuite par la CNAM sous le nom de "gestes marqueurs" (un geste comprend plusieurs actes).

L'IAAS et chacun de ses membres souhaitent que ce document rende service à tous les acteurs de nos systèmes hospitaliers et à tous ceux qui s'intéressent à son évolution. Il fera l'objet de mises à jour et de compléments. L'IAAS remercie par avance tous ceux qui lui feront des suggestions d'amélioration ainsi que tous ceux qui, dans leur langage comme dans leurs publications, s'efforceront d'utiliser les termes retenus, dans leurs définitions présentées ici.

Nos systèmes hospitaliers doivent s'améliorer, et pour cela ils doivent pouvoir comparer leurs pratiques. La clarification et l'homogénéisation des concepts sont la condition des mesures, de l'évaluation comparative, de la nécessaire approche en termes d'indicateurs de résultats et donc, pour une part, de notre capacité à progresser. Pour se comprendre il faut mettre la même chose derrière les mêmes mots. L'IAAS, sur son champ de compétence, espère ici y avoir contribué.
