

SYNTHÈSE

Le recours à l'hôpital en Europe

Synthèse

Mars 2009

Synthèse et perspectives

Objectif de l'étude

Réalisé à la demande de la DSS et de la DHOS, ce rapport s'intègre dans une réflexion plus large sur le recours à l'hôpital en France, et la prévention des hospitalisations injustifiées. Dans ce travail, il s'est agi de fournir un cadrage général, en situant d'un point de vue organisationnel la place qu'occupe l'hôpital dans les systèmes de santé européens. Le présent rapport a été élaboré entre juillet 2007 et achevé en janvier 2008. Il a été soumis à la commission de l'HAS en mars 2008 et au Collège de l'HAS en mai 2008. Il n'intègre donc par conséquent les conclusions et recommandations émises dans le rapport de M. Gérard Larcher, publiées en avril 2008 (1). Cependant les principaux points de convergence entre ces deux travaux figurent en conclusion.

Méthode

La zone géographique retenue pour ce travail est l'Europe des quinze, à laquelle on a ajouté la Norvège et la Suisse. Les données étaient toutefois très lacunaires concernant l'Irlande, la Grèce et le Luxembourg.

Ce travail comprend trois parties :

- dans la première, on définit les structures fournissant des soins hospitaliers et on étudie les indicateurs d'activité par pays en utilisant la base de données Éco-santé de l'OCDE et la base HDB (Health Data Base) de l'OMS ;
- dans la deuxième, la place de l'hôpital dans la fourniture des soins a été appréciée, en relation avec les structures de soins primaires. Les documents principalement utilisés à l'appui de cette réflexion sont les différents rapports sur l'organisation des soins par pays et les rapports thématiques transversaux publiés par l'OCDE et l'OMS, dans le cadre de l'Observatoire Européen sur les politiques et les systèmes de santé ;
- dans la troisième, on décrit les principales innovations organisationnelles européennes qui ont été effectuées dans l'objectif de modifier le recours à l'hôpital. Lorsqu'ils étaient disponibles, une synthèse des travaux relatifs à leur évaluation est également présentée.

Résultats

1. Les structures de soins hospitaliers en Europe et leur activité

• Définitions

Un important travail d'harmonisation des définitions dans le secteur de la santé a été réalisé dans le cadre du Système de Comptes de la Santé (SCS) publié en 2000 par l'OCDE. Il a permis de définir les soins hospitaliers comme étant « les soins dispensés à des patients officiellement admis pour un traitement et/ou des soins, pour un séjour d'au moins une nuit, dans un hôpital ou un autre établissement dispensant des soins avec hébergement ».

Sont ainsi distingués les hôpitaux d'une part, et les maisons médicalisées ou autres établissements de soins avec hébergement d'autre part.

• Activité

Alors qu'ils sont confrontés à des évolutions démographiques (vieillesse de la population), épidémiologiques (chronicisation des maladies), et à des contraintes de financement relativement similaires, les indicateurs de l'activité hospitalière des différents pays européens montrent une variabilité importante aussi bien concernant la part des dépenses totales de santé consacrée à l'hôpital qui varie de 25,9 % (543 US\$ PPA¹ per capita) en Espagne à 47,6 % (1941 US\$, PPA per

¹ PPA : Parités de pouvoir d'achat.

capita) en Suisse que concernant le nombre d'établissements hospitaliers total de chaque pays, qui n'est par ailleurs pas forcément corrélé à la taille de la population.

Le nombre de lits est un indicateur plus quantitatif que qualitatif, mais il permet de montrer que les différences entre les pays proviennent plus des lits de suite et de long séjour que des lits de soins aigus (compris entre 250 et 380 pour 100 000 dans la plupart des pays). Il en est de même pour la durée moyenne de séjour qui variait de 5,2 jours au Danemark à 13,4 jours en France pour le total des hospitalisations mais qui situait la France dans une DMS moyenne pour les soins aigus (5,5 jours).

Il existait également des variations très importantes dans les taux d'occupation. Les plus élevés dépassent les 83 % en Irlande, en Suède, en Suisse, et en Norvège. La France, avec 74,9 % se situant dans la moyenne.

2. La place de l'hôpital dans les différents pays

• Organisation des soins primaires et orientation vers l'hôpital

Les hôpitaux ne sont qu'une des composantes dans l'organisation générale d'un système de soins qui comprend également des soins primaires, accessibles lors d'un premier contact pour des problèmes de santé non sélectionnés, et chargés d'assurer la continuité des soins.

La responsabilité des soins primaires incombe le plus souvent à l'échelon local (région, municipalités ou département).

Bien que le généraliste soit considéré comme le point d'entrée à privilégier pour le premier recours, l'accès direct au spécialiste dans le cadre des soins primaires est possible directement en Allemagne, Autriche, Belgique, France, Suisse. Dans ces pays, le nombre de spécialistes qui exercent dans le cadre des soins primaires est important.

Dans plusieurs pays (Grande-Bretagne, Suède, Portugal, Espagne, Finlande et Grèce) les soins primaires sont dispensés par des centres de santé multidisciplinaires. En Suède et au Royaume-Uni, le premier contact avec un professionnel de santé est souvent réalisé par une infirmière. Seule la Finlande a des lits dans ses centres de santé, ce qui en fait véritablement une structure intermédiaire entre médecine ambulatoire et hospitalisation.

Afin de limiter le recours à l'hôpital, la plupart des pays recommandent une orientation soit partielle (Allemagne, Autriche, Portugal, Suisse, France, Belgique, Finlande, Espagne) ou soit totale (Danemark, Grande-Bretagne, Italie, Norvège, Pays-Bas) par la structure de premier recours.

• Compétences et gouvernance de l'hôpital

Pour assurer les soins hospitaliers, les pays européens font appel à trois types de structures : les hôpitaux publics, les hôpitaux privés sans but lucratif et les hôpitaux privés à but lucratif. Seuls quelques pays fondent la quasi-totalité de leur offre hospitalière sur les hôpitaux publics (Danemark, Finlande, Norvège, Suède) ou sur une majorité de structures privées généralement sans but lucratif (Belgique, Pays-Bas). La plupart s'appuient à la fois sur le secteur public et un important secteur privé.

Le plus souvent, il s'agit de structures de petite taille, et le nombre de lits est généralement plus important dans le secteur public que dans le secteur privé. Par ailleurs les structures privées sont, dans la plupart des pays de l'Union, majoritairement des hôpitaux sans but lucratif (sauf en Autriche et en France). Dans certains pays (notamment l'Allemagne), une partie des établissements privés ne fournit des soins qu'aux patients privés.

La tutelle, voire la propriété des hôpitaux publics, revient essentiellement aux institutions décentralisées. Dans tous les pays, l'État reste en général le régulateur final de l'activité hospitalière en s'assurant de la fourniture d'un certain niveau de soins et de la couverture de la population. De nouveaux statuts apparaissent dans de nombreux pays de l'Union, favorisant une autonomie de gestion des établissements de santé plus ou moins étendue (Belgique, Espagne, France, Grèce, Portugal, Italie, Norvège, Royaume-Uni, Pays-Bas, Portugal). Par ailleurs, dans certains pays, des compagnies privées sont autorisées à gérer les établissements publics (Allemagne, Autriche, Portugal).

3. Les innovations organisationnelles

L'ensemble des innovations présentées conduit à modifier les frontières entre la prise en charge à l'hôpital et celle dans les structures de soins primaires. Elles ont fait l'objet d'une typologie selon qu'elles permettaient :

- en amont d'éviter le recours à l'hôpital ;
- durant l'hospitalisation, de favoriser une prise en charge plus légère ;
- en aval, de permettre une prise en charge dans une structure de statut intermédiaire entre les soins primaires et l'hôpital.

● Développer la prise en charge rapide en soins primaires, en amont de l'hôpital

L'accès rapide aux soins (sans rendez-vous), particulièrement en dehors de jours et heures ouvrables, est jugé difficile dans plusieurs pays (Europe, États-Unis, Canada) ce qui conduit à un engorgement des services d'urgence hospitaliers. Pour y remédier plusieurs modèles d'organisation ont été développés.

En créant des coopératives de médecins

Ce modèle regroupe des médecins volontaires dans une infrastructure commune ayant des moyens spécifiques. Il a été développé aux Pays-Bas et au Danemark dans le but d'améliorer les conditions de travail des médecins de famille, et d'alléger le poids des gardes. Il est repris dans ses principes par le concept de maisons médicales de garde ou de maisons de santé en France. Pour autant, les données de la littérature, aussi bien françaises qu'internationales, ne permettent pas d'apporter la preuve de l'intérêt de ces coopératives de médecins pour réduire le recours aux urgences hospitalières.

En créant des unités de soins sans rendez-vous

Le concept d'unités de soins sans rendez-vous s'inscrit bien dans une volonté d'organiser la permanence des soins, mais elles ont aussi vocation à se substituer, pour les affections bénignes, aux offres de premier recours, jugées moins flexibles, en raison des délais d'attente (en particulier pour obtenir des consultations de généralistes ou traiter la petite traumatologie).

Ces innovations organisationnelles ont émergé au Royaume-Uni. Les patients sont d'abord pris en charge par une infirmière qualifiée qui traite les affections et traumatismes mineurs.

Aucun travail global d'évaluation n'a cependant été réalisé au Royaume-Uni. Les quelques travaux effectués sur un nombre limité de centres suggéraient que, bien que ces centres fournissent des soins de bonne qualité et populaires, les coûts étaient relativement élevés et il n'était pas établi qu'ils permettaient de réduire la demande d'autres services de santé.

En renforçant la plate-forme de services proposés dans le cadre des services d'urgence hospitaliers

Ces innovations organisationnelles reposent sur l'idée qu'il n'est pas pertinent de dissuader les patients d'accéder à l'hôpital. L'objectif est donc d'adapter les services fournis là où les patients se présentent spontanément. On localise alors les coopératives de médecins ou les centres de premiers recours au sein des services hospitaliers.

Cinq études évaluant l'intérêt de ces modèles pour réduire le recours aux urgences ont été analysées. Elles n'ont pas permis de montrer que le recours aux urgences diminuait significativement. Une étude réalisée aux Pays-Bas avait montré que le rapport coût/efficacité du modèle intégré était équivalent à celui du modèle classique (coopérative de médecins extérieure à l'hôpital).

En triant les patients et en les conseillant par téléphone

Le tri des patients par téléphone est une pratique de plus en plus courante. Il s'effectue dans le cadre du modèle « coopératives de médecins » lorsque le patient s'adresse à elles en dehors des jours ouvrables. Il peut être réalisé par des médecins ou des infirmières spécialement formées.

Le tri s'organise plus systématiquement et de manière étendue pour tous les recours aux soins en Suède (Centre d'information sur la santé du conseil de comté) et au Royaume-Uni (NHS direct).

Deux études ont évalué le dispositif britannique. Il est établi qu'il n'y a pas de perte d'efficacité à proposer un tri et des conseils par téléphone *via* une infirmière par rapport à un entretien en face-à-face avec cette même infirmière. Il n'est néanmoins pas établi que les services de tris permettent de diminuer le recours aux urgences hospitalières ou aux services de coopératives, même s'ils semblent limiter le rythme d'accroissement de la demande pour ces services.

- Développement des structures de soins hors des murs de l'hôpital en substitution d'une hospitalisation complète

Les soins hors les murs font référence à des soins de « type » hospitaliers mais qui sont fournis à l'extérieur de l'hôpital. L'idée étant de développer un continuum entre l'hospitalisation et les soins ambulatoires. Les populations concernées par les soins hors des murs sont généralement les patients souffrant de maladies chroniques.

En favorisant les consultations techniques et spécialisées en soins primaires

Ces innovations font principalement référence à la mise à disposition de consultations ou de techniques par les spécialistes hospitaliers dans les structures de soins primaires. Cela s'est particulièrement développé au Royaume-Uni.

Une revue systématique de la littérature réalisée en 2002 pour ce pays avait donné des résultats contrastés. Le coût apparaissait en effet plus élevé qu'à l'hôpital (dans cinq études sur six) mais la satisfaction des patients était augmentée (temps de transport et d'attente des patients réduit) ; il n'était pas possible de conclure en termes d'efficacité médicale. Ces consultations permettent de faire la transition vers le développement de centres de santé « multifonctions » offrant en ambulatoire des soins spécialisés et techniques ainsi que la petite chirurgie et des services sociaux.

Ce mode d'organisation concerne les pays dans lesquels l'accès aux spécialistes n'est pas possible à l'extérieur de l'hôpital. Il n'a donc que peu d'intérêt pour la France. Il pourrait toutefois être expérimenté dans le but de permettre un accès de proximité aux soins dans les régions qui connaissent localement une pénurie de spécialistes libéraux. Des études complémentaires sont nécessaires pour valider cette hypothèse et la rendre opérationnelle.

En augmentant l'hospitalisation à domicile

Le deuxième type de soins hors les murs concerne l'hospitalisation à domicile. Elle s'est développée dans de nombreux pays. Toutefois ce concept renvoie à des modèles d'organisation plus ou moins spécialisée des soins qui varient de manière importante en fonction des pays. Une revue Cochrane incluant les essais randomisés sur l'HAD a permis d'établir qu'il n'était pas démontré que l'HAD constituait une alternative moins coûteuse que la prise en charge à l'hôpital. Par ailleurs, aucune différence dans les différentiels d'état de santé n'a pu être démontrée. Néanmoins, les patients pris en charge à domicile étaient plus satisfaits que ceux traités en hospitalisation classique. Le point de vue des professionnels de santé était quant à lui plus nuancé.

L'organisation de l'HAD par pays étant particulièrement complexe à décrire et étant peu rapportée dans la littérature exploitée, il n'a pas été possible d'en faire état de manière plus détaillée dans ce rapport. Ce mode d'organisation devrait faire l'objet d'une enquête spécifique.

En développant la chirurgie ambulatoire

Le terme chirurgie ambulatoire ou chirurgie d'un jour est défini de manière consensuelle dans la littérature. Il fait référence à des pratiques avec admission à l'hôpital le jour même de l'intervention, et sortie quelques heures après. La chirurgie ambulatoire couvre un large spectre d'interventions et de spécialités. Elle peut s'effectuer sous anesthésie locale ou générale. Elle se déroule en milieu hospitalier ou dans d'autres structures capables de remplir les exigences de sécurité. Les comparaisons internationales font état d'une forte variabilité des taux d'interventions pratiquées en chirurgie ambulatoire par type d'interventions. Le Danemark, la Norvège et la Suède y recourent le plus fréquemment. La France accuse un retard dans le domaine à l'exception de la myringotomie, de l'avortement légal, de la circoncision et de la colonoscopie.

Une étude à dire d'experts et dont le but était de dégager les facteurs favorisant la chirurgie ambulatoire, avait montré qu'il était difficile d'établir une liste des facteurs influençant le développement de la chirurgie ambulatoire et avait conclu que les facteurs qui semblent contribuer à son développement étaient le faible nombre (pénurie) ou la diminution forte du nombre de lits d'hospitalisation classique, ainsi que le nombre d'infirmières à domicile. Par ailleurs, contrairement à ce qui était attendu, ce sont dans les pays où les médecins salariés que la chirurgie ambulatoire s'est le plus développée. En France, une enquête de l'assurance-maladie datant de 2003 avait montré que le développement de la chirurgie ambulatoire nécessitait avant tout une évolution des mentalités et des comportements des acteurs, replaçant le patient au centre de l'organisation. Une étude de 2007 sur les modèles optimaux d'organisation de la chirurgie ambulatoire recommandait que les unités de chirurgie ambulatoire soient multidisciplinaires, distinctes des unités de chirurgie classique et dirigées par une personne spécifique.

- Développement des structures de soins intermédiaires en aval de l'hôpital, en particulier pour les personnes âgées

Un nombre important de personnes âgées effectue un séjour prolongé à l'hôpital, au-delà de la phase aiguë de leur maladie. Ces séjours seraient à l'origine du blocage de certains lits dans les hôpitaux généraux. Les études sur ce phénomène étaient cependant peu nombreuses et les méthodologies employées différentes. Pour autant, il apparaissait significatif (variant de 6 à 30 % des hospitalisations) dans les pays qui avaient tenté de le mesurer.

Pour l'enrayer, plusieurs pays ont entamé une réflexion afin d'accueillir ces populations dans des structures de soins intermédiaires. Ces structures apparaissent très variables dans leur organisation. Il s'agit principalement :

- D'unités de soins infirmiers situées dans l'hôpital

Elles sont dirigées par des infirmières. Ce mode de prise en charge s'est particulièrement développé au Royaume-Uni. Une revue Cochrane de 2007 évaluait l'intérêt de ce mode de prise en charge par rapport à l'hospitalisation classique. Le fonctionnement et l'étendue des unités hospitalières de soins infirmiers sont peu documentés dans la littérature. L'intérêt médical de ce mode de prise en charge est établi pour le Royaume-Uni et son intérêt économique est probable.

- De maisons de soins infirmiers

Ce sont des institutions autonomes fournissant des soins infirmiers de base y compris sur une longue durée, une offre de soins paramédicaux et de services sociaux. Particulièrement développé au Pays-Bas depuis les années soixante-dix, ce modèle de prise en charge est peu à peu abandonné, au profit d'une prise en charge à domicile. Une revue Cochrane de 2003 avait conclu qu'aucune des études trouvées ne satisfaisait aux critères d'inclusion.

- D'hôpitaux locaux ou de communauté

Le terme « hôpitaux de communauté », ou « hôpitaux de médecins généralistes » est utilisé dans la littérature. En France, on parle d'hôpitaux locaux. Les soins sont fournis proches du domicile du patient. Ces services sont multiples (mais peu spécialisés) et comprennent l'hospitalisation, mais également des consultations externes, des soins de jours, des soins primaires et de proximité. Ils sont fournis par des équipes pluridisciplinaires. Les pays les ayant le plus développés sont la Norvège, les Pays-Bas, la Finlande, le Royaume-Uni et la France. En 2006, une revue de la

littérature concluait qu'il y avait peu d'études économiques, ou présentant l'intérêt à long terme, de ce type d'organisation. Cinq études évaluant plus particulièrement l'intérêt des hôpitaux de communauté dans leur capacité à réduire le recours à l'hôpital général ont été trouvées. Elles concluaient toutes que l'existence d'hôpitaux de communauté permettait de limiter le recours à l'hôpital général ou de district, particulièrement pour les personnes âgées et concernant les disciplines de médecine et de gériatrie.

Une méta-analyse destinée à évaluer la pertinence de ce mode d'organisation a permis de montrer qu'il n'y avait pas d'évidence permettant de soutenir l'intérêt médical ou économique d'un modèle de soins intermédiaire. En revanche, la prise en charge dans des structures posthospitalisations n'induit pas de perte de chance pour les personnes âgées. Lorsque cela est possible, la mise en place de structures spécialisées dans un type de soins ou de pathologies a des effets sur la mortalité, par rapport à des structures généralistes. Ces structures permettraient de réduire les coûts qui, autrement incombaient aux structures sociales ou aux patients, mais des études supplémentaires sont nécessaires.

Perspectives

Ce travail est la première étape d'une réflexion plus large sur la diminution du recours à l'hôpital en France. Afin de poursuivre l'analyse, les recommandations suivantes sont formulées :

- il conviendrait d'analyser les différences entre pays, concernant l'impact des perspectives démographiques sur le rôle et l'implantation des hôpitaux ;
- pour limiter le recours aux urgences de l'hôpital, la création de centres de soins primaires ouverts 24 heures/24 ayant des compétences générales, et réalisant des actes techniques (radiologie, laboratoire) devrait être mise à l'étude, notamment pour les zones où il existe une pénurie de médecins libéraux. Leur localisation reste à définir, mais l'intégration de ces services dans l'hôpital semble préférable. Elle pourrait également compléter l'offre de soins proposée dans les maisons médicales de garde et se situer au même endroit ;
- la littérature organisationnelle sur l'intérêt de l'hospitalisation à domicile pour limiter le recours à l'hospitalisation traditionnelle apparaissait insuffisante. Il apparaît nécessaire de favoriser dans le cadre de l'évaluation des services d'HAD, la mise en place d'études concernant son impact sur l'hospitalisation et sur les structures de soins primaires. Il est également important d'étudier les modalités d'organisation de l'HAD en France, afin de distinguer clairement ce qui relève des soins se substituant à l'hospitalisation de ce qui relève du maintien à domicile ;
- des études sur le phénomène de blocage de lits hospitaliers devraient être conduites en France pour évaluer l'ampleur de ce phénomène ;
- des travaux plus approfondis sur les unités de soins infirmiers (nurse led units) sont nécessaires pour pouvoir en mesurer la transposabilité et les recommander en France. Ils nécessitent en particulier un examen approfondi des tâches attribuées à chaque type de professionnels de santé, ainsi que des études de coûts ;
- l'hôpital de communauté ou local est une alternative intéressante qui limite le recours à l'hôpital de soins aigus. Sous réserve de réaliser des études approfondies (aucune étude comparant les recours n'a été retrouvée en France) quant au mode d'organisation et aux coûts, cette alternative à l'hospitalisation en hôpital général, notamment pour les personnes âgées, doit continuer à être développée en France ;
- il est nécessaire de recréer une nouvelle dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire. Cela passe auparavant par l'examen approfondi des solutions par pathologies et par l'analyse des facteurs organisationnels et financiers qui en freinent le développement aujourd'hui en France ;
- chaque pays a des attentes vraisemblablement différentes concernant le rôle de l'hôpital dans son système de santé à chaque niveau. En particulier, il est rappelé qu'il conviendrait de ne pas confondre la mission dévolue en France à l'hôpital universitaire, qui est avant tout un hôpital de 3^e niveau, avec les missions d'un

hôpital de proximité qui accueille les populations locales. Il est également rappelé que le coût d'un séjour en hôpital universitaire est plus élevé et qu'il convient de limiter ce recours aux populations qui ont réellement besoin de ces soins ;

- il a été rappelé que les modalités de financement des soins ont un impact très important en termes d'incitation à développer certaines activités hospitalières. Une étude des modalités de financement des hôpitaux en Europe, en particulier concernant la mise en place du paiement par cas serait nécessaire ;
- des études approfondies par pathologies ou par techniques médicales devraient être menées. Elles pourraient donner lieu à des recommandations sur les structures de prise en charge les plus adaptées en fonction des caractéristiques du patient (degré d'évolution de la pathologie, âge, isolement...). Parmi les sujets pouvant faire l'objet d'une première analyse figure l'amygdaléctomie.

Identification des travaux en cours ou à venir

Points de convergence avec le rapport Larcher

Le rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, a rendu public en avril 2008 un diagnostic et des solutions, dans le cadre français, afin d'améliorer la prise en charge et l'organisation de l'hôpital.

Par rapport au travail de la commission Larcher, le présent rapport propose une analyse internationale sur certains thèmes proches. Il est donc complémentaire aux travaux conduits par M. Gérard Larcher.

Le principal axe de recoupement des deux rapports porte sur l'Orientation 1 du rapport Larcher visant à améliorer les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge. Ainsi, le rapport Larcher précise notamment qu'il faut :

- développer les formes d'exercice pluridisciplinaires en ville et améliorer l'organisation des soins non programmés. Ces modes d'exercice et d'organisation, très différents en fonction des pays d'Europe, ont été étudiés dans la partie 3.1. du présent rapport qui pourrait nourrir la réflexion sur la mise en place de solutions organisationnelles innovantes ;
- favoriser l'adéquation des prises en charge en développant une structure d'aval adaptée, en redéployant l'offre vers le moyen et long séjour et en y intégrant les hôpitaux locaux. Ce redéploiement pourrait se faire en étudiant plus avant les solutions organisationnelles de soins intermédiaires en Europe présentées dans la partie 3.3 du présent rapport.

Étude nationale des inadéquations hospitalières

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins envisage de réaliser une étude portant sur les inadéquations hospitalières. L'objectif de cette étude est de déterminer le niveau des inadéquations hospitalières en France métropolitaine, et en particulier la part de celles qui seraient évitables, leurs origines et l'impact économique de leur réduction.

Étant donné l'analyse préliminaire réalisée et les travaux en cours, la HAS propose deux pistes de poursuite de ses travaux :

- **une analyse centrée sur le développement d'alternatives à la prise en charge en hospitalisation complète. Elle devra être menée, sur la base de la littérature disponible et des expériences internationales, en collaboration avec les professionnels concernés. Le développement de la chirurgie ambulatoire fait l'objet à la fois d'une priorité politique et de freins. Plusieurs travaux ont porté sur cette question. La HAS organisera un séminaire sur les conditions permettant le développement effectif de la chirurgie ambulatoire. Le premier thème proposé**

- pour 2009 est l'amygdalectomie, les thèmes complémentaires étant définis à l'issue de ces premiers travaux ;**
- **une réflexion plus globale sur les champs de compétence et les modes d'organisation respectifs des différentes modalités de prise en charge des patients au domicile (HAD, maintien à domicile, soins infirmiers à domicile, etc.) pourra également être menée, sur la base de la littérature disponible et des expériences internationales, en collaboration avec les professionnels concernés.**