

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

12 octobre 2018

PLFSS POUR 2019 - (N° 1297)

Rejeté

**AMENDEMENT**

N ° AS207

présenté par

M. Lurton, M. Bazin, M. Straumann, Mme Levy, Mme Bonnivard, M. Reda, M. Viry,  
M. Ramadier, M. Sermier, M. Bony, M. Brun, M. Leclerc, M. Le Fur, Mme Lacroute, M. Hetzel,  
M. Emmanuel Maquet, Mme Louwagie, M. Cordier, M. Cinieri, Mme Duby-Muller,  
Mme Valérie Boyer et M. Viala

-----

**ARTICLE ADDITIONNEL****APRÈS L'ARTICLE 29, insérer l'article suivant:**

Avant le 1<sup>er</sup> septembre 2019, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur les modalités de prise en charge par l'assurance maladie de la participation des établissements et services exerçant une activité de soins à domicile à l'organisation de la continuité des soins assurée par les structures autorisées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

En application des dispositions de l'article D. 6124-304 du Code de la santé publique, les structures autorisées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète « sont tenues d'organiser la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés ». Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires doivent ainsi s'organiser en interne pour ce faire.

Toutefois, dans le cas où l'une de ces structures ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, le même article prévoit qu'« elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé accueillant en hospitalisation à temps complet des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure ».

Cette disposition limite inutilement aux seuls établissements autorisés en hospitalisation complète la participation à la continuité des soins des patients admis dans des structures alternatives à cette même hospitalisation complète.

Il y a là un double paradoxe.

D'une part, cela implique que des patients pris en charge en dehors de l'hospitalisation complète, conformément aux inflexions données depuis plusieurs années en faveur du « virage ambulatoire », s'y trouvent replacer immédiatement après leur passage en hôpital de jour ou de nuit, au titre de la nécessaire continuité des soins qu'il convient d'assurer...

D'autre part, cela ne favorise pas la structuration de parcours de santé ouverts et coordonnés puisque les établissements d'HAD se voient nécessairement exclus de la possibilité de prendre en charge des patients directement après leur passage en ambulatoire.

Le présent amendement vise donc à favoriser, en dépit de la formulation restrictive de l'article D. 6124-304 précité, leur implication dans cette prise en charge, afin qu'ils puissent contribuer, au même titre que les autres établissements de santé, à la continuité des soins des patients admis initialement dans les structures autorisées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète mentionnées à l'article D. 6124-301 du Code de la santé publique.

Ne seraient donc ici concernés que les patients les plus lourds, nécessitant une prise en charge en HAD conformément aux dispositions de l'article R. 6121-4-1 du Code de la santé publique : « Les établissements d'hospitalisation à domicile (...) permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes ».