



Affiliations transfrontalières à la sécurité sociale France Luxembourg

RAPPORT FINAL

Titre du dossier de conseil : Affiliation transfrontalière à la sécurité sociale

Nom officiel complet de l'entité conseillée : GECT Alzette Belval

Nom de l'expert engagé pour le cas de conseil :
Jean-François DEVEMY - Secrétaire général - InterRegioNovation

Date : 16/03/2023

Table des matières :

- I. Résumé
- II. Description de l'obstacle avec indication des dispositions légales/administratives à l'origine de l'obstacle
- III. Description des solutions possibles
- IV. Une liste complète de toutes les dispositions légales pertinentes pour l'affaire avec la citation correcte dans la langue d'origine et en anglais.
- V. Autres aspects pertinents de l'affaire, le cas échéant
- VI. Références et annexes/Appendices



I/ Résumé

Contexte :

Environ 150 000 résidents français sont considérés comme des travailleurs frontaliers au Luxembourg, dont environ 10 à 15 000 sur le territoire français du GECT transfrontalier Alzette-Belval. Les services de santé étant ou semblant être mieux développés, plus disponibles ou plus proches au Luxembourg que du côté français, de nombreux résidents français ont l'habitude de se faire soigner du côté luxembourgeois, en particulier les travailleurs frontaliers inscrits à la CNS luxembourgeoise ou les retraités qui le sont ou l'étaient.

Obstacle :

La mobilité des soins de santé est menacée par des règles administratives pour deux catégories de patients : les enfants de résidents français dont les deux parents travaillent mais dans des pays différents, d'une part, et les retraités mixtes ou poly pensionnés d'autre part, c'est-à-dire les patients qui ont travaillé dans les deux pays et qui reçoivent une partie de leur pension des deux pays. Pour ces deux catégories, la CPAM française (caisse primaire d'assurance maladie) refuse l'inscription à la CNS luxembourgeoise (Caisse nationale de Santé) et les soins de santé, lorsqu'ils sont dispensés sur le territoire luxembourgeois, ne sont dans la plupart des cas pas ou plus abordables en raison des différences de tarifs et de remboursements. Environ 123 procédures judiciaires contre la CPAM ont été enregistrées en France entre 2019 et 2022 sur la base de ces questions.

Dispositions légales :

2004 Règlement (CE) n° 883/2004 sur la coordination de la sécurité sociale en Europe

2009 Règlement (CE) n° 987/2009 relatif aux modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004

2011 Directive 2011/24 de l'UE sur les soins de santé transfrontaliers

Textes nationaux élaborés ou publiés de part et d'autre pour leur mise en œuvre

Aperçu des solutions possibles :

1/ Accord(s) bilatéral(aux) fondé(s) sur la pleine utilisation des possibilités juridiques existantes

Les règles de l'UE (principalement le règlement 883/2004 et la directive 2011/24) s'appliquent en tant que réseau de soutien et non en tant qu'outil principal. Un accord bilatéral direct mettrait fin aux difficultés rencontrées en créant des règles exceptionnelles pour la population concernée.

2/ Un meilleur remboursement par la France sur la base des principes d'équité et d'égalité

Les règles de l'UE n'interdisent pas à la France de considérer les résidents frontaliers comme des patients devant être pris en charge différemment en raison de leur situation spécifique.

Il appartient à l'administration de l'accepter sur la base des règles existantes ou sur la base de nouvelles règles (circulaire, décret ou loi).

3/ une meilleure utilisation des possibilités juridiques existantes par les personnes intéressées avec le soutien du GECT

Les familles "mixtes", qui se voient refuser l'enregistrement approprié auprès du parent ad hoc, pourraient porter plainte devant les tribunaux sur la base du principe d'égalité de traitement.

Les retraités "mixtes" ou "poly" pourraient demander l'application d'une autre règle d'enregistrement sur la base de l'article 16.2 du règlement.

4/ Le centre de soins de santé transfrontaliers : un pas en avant vers une organisation centrée sur le patient des soins de santé dans la région transfrontalière.

La création d'une maison de santé transfrontalière répondrait à une partie des lacunes actuelles et futures de l'offre de soins dans la région, de part et d'autre de la frontière. Sa localisation à la frontière même permettrait d'appliquer les deux règles nationales sur demande et de surmonter un certain nombre d'obstacles administratifs et juridiques. Il serait nécessaire d'étudier et d'approfondir cette solution.

II/ Description de l'obstacle avec indication des dispositions légales/administratives à l'origine de l'obstacle

a) Vue d'ensemble : flux transfrontalier en Franc et au Luxembourg, patients et flux de soins, situation institutionnelle aux frontières

Selon la MOT¹, 430 000 résidents français franchissent régulièrement les frontières terrestres métropolitaines françaises pour exercer une activité professionnelle et sont considérés comme des "travailleurs frontaliers". 110 000, soit 25 % d'entre eux, travaillent au Luxembourg, ce pays étant ainsi le deuxième pays le plus attractif pour les travailleurs frontaliers français après la Suisse (192 000 = 25 %).

En 2020, environ 150 000 résidents français étaient affiliés² à la CNS luxembourgeoise (caisse de sécurité sociale du Luxembourg), dont environ 12 000 dans le canton français de Villerupt³.

Selon la CNS, les résidents français affiliés à la CNS s'adressent généralement pour des soins de santé en France (80% des cas).

Nous pouvons alors considérer que les approximations suivantes sont pertinentes pour donner une idée approximative des chiffres :

Près de 0,5 million de Français - soit 2% de la population active française - **sont considérés comme des travailleurs frontaliers**, dont environ 50 % en Suisse et **25 % au Luxembourg**.

Environ 150 000 résidents français sont affiliés à la CNS luxembourgeoise, dont environ **10 % dans le GECT Alzette-Belval**, ce qui représente 40 % de la population du côté français.



Des milliers de frontaliers passent quotidiennement de leur lieu de résidence en France à leur lieu de travail au Luxembourg, créant des embouteillages deux fois par jour, même sur les routes secondaires.

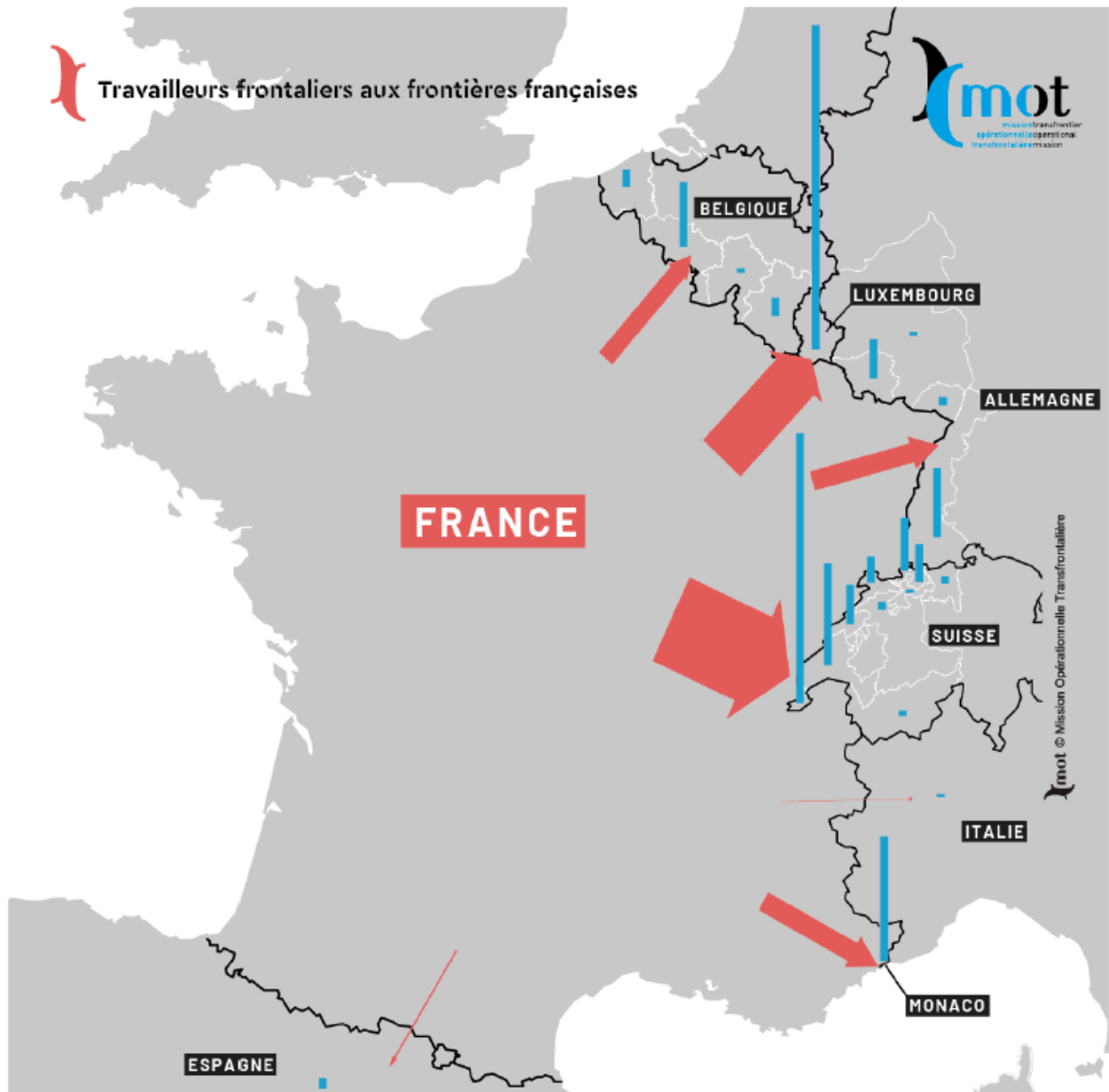
¹ Association nommée «Mission opérationnelle transfrontalière»

² La différence entre 110000 (chiffres de la MOT) et 150000 (chiffres de l'IGSS luxembourgeois) peut augmenter par rapport à la différence d'origine des statistiques — malgré le fait que la MOT s'appuie également sur les statistiques luxembourgeoises de 2020 — ou le nombre de retraités percevant une pension de Luxembourg,

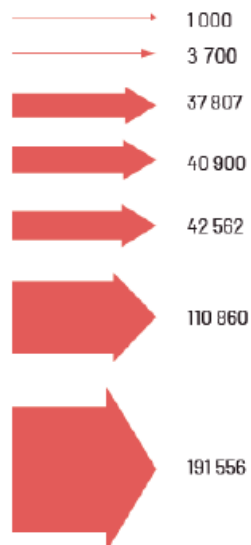
³ Aucune statistique n'a été trouvée pour le GECT Alzette-Belval — en outre le GECT -, mais les chiffres donnés peuvent constituer une base intéressante pour la situation actuelle: le canton et l'EGCT sont tous deux voisins du Luxembourg, tous deux représentant environ 30000 habitants, et deux communes importantes de chacune d'entre elles sont communes: Villerupt environ 10000 habitants et Thil environ 2000 habitants.



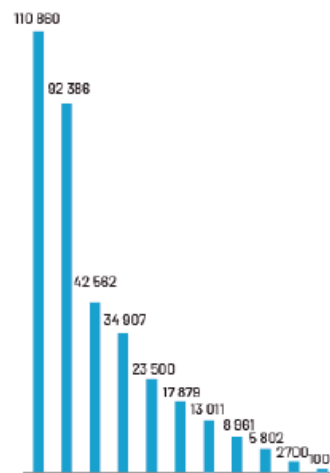
Travailleurs frontaliers aux frontières françaises



Nombre total de travailleurs frontaliers résidant en France par pays de destination



Nombre de travailleurs frontaliers résidant en France par territoire de destination dans le pays voisin

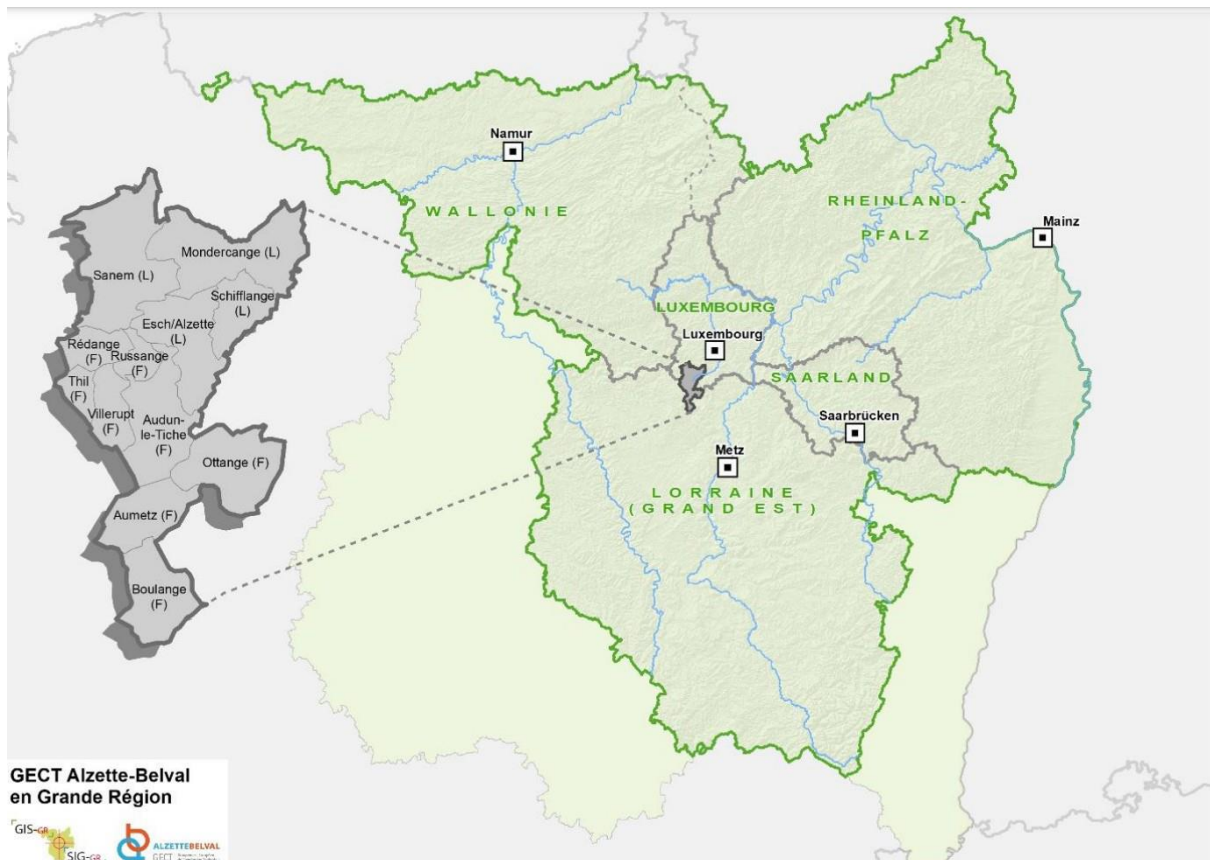


Sources :
 INSEE (France), 2018
 INAMI (Belgique), 2020
 IGSS (Luxembourg), 2020
 BA (Allemagne), 2020
 OFS (Suisse), 2021 (2ème T.)
 IMSEE (Monaco), 2020

b) La spécificité du GECT Alzette-Belval (Groupement Européen de Coopération Territoriale)

Inclus dans le GECT "Grande région", au carrefour de quatre nations européennes et de cinq Etats régionaux ou entités territoriales, Alzette-Belval est composé d'une douzaine de petites communes regroupant environ 100 000 habitants de part et d'autre de la frontière franco-luxembourgeoise. Son chiffre clé est 2/3 : 2/3 des communes constitutives se trouvent du côté français (8 sur 12). 2/3 de la population se trouve du côté luxembourgeois. 2/3 de la population active française travaille sur le territoire luxembourgeois. 2/3 des médecins généralistes français ont plus de 60 ans et vont bientôt partir à la retraite. Et 2/3 de la richesse, des budgets publics et des services publics, y compris les infrastructures de santé, se trouvent du côté luxembourgeois (l'hôpital accessible le plus proche se trouve du côté luxembourgeois du GECT). Il s'agit d'un exemple rare, voire unique, de l'utilisation du GECT comme outil institutionnel pour créer une coopération intercommunale intégrée à petite échelle, proche des habitants, similaire à la conception française de la "communauté de communes".

Le développement historique de la région était basé sur l'industrie lourde, toujours visible et perceptible dans le paysage et est maintenant beaucoup plus orienté vers les services financiers et autres services tertiaires, principalement au Luxembourg, les territoires français voisins jouant un rôle de banlieues dans les métropoles traditionnelles : la majeure partie de la main-d'œuvre est employée au Luxembourg et réside en France.





Bien que la richesse et la modernité soient clairement visibles dans le paysage du côté luxembourgeois (à droite), l'industrie traditionnelle a été sauvegardée comme un souvenir du passé (à gauche).

Travaux d'une liaison piéton/cycle Micheville-Belval
Programme INTERREG « ABACTIV' Alzette-Belval à pied et à vélo ! »

Lot 1 : marché travaux Voie et GC réseaux secs - Groupement
 EUROVIA Florange-EUROVIA Briey-MULLER TP
 Lot 2 : marché travaux Eclairage public - SNC INEO Réseaux Est.

Coût total prévisionnel du projet : 2 549 728 euros
 Montant FEDER prévisionnel : 1 069 837 euros

PARTENAIRES FINANCIERS

Interreg
 Grande Région | Großregion

Maître d'Ouvrage :	EPA ALZETTE BELVAL 390 Rue du Laboratoire 57390 Audun-la-Tiche	Alzette Belval
Maître d'Œuvre :	ERA INGENIEURS CONSEIL 1 Rue Claude Chappe 57070 Metz	ERA
Coordinateur du projet :	GECT ALZETTE BELVAL 390 rue du Laboratoire 57390 Audun-la-Tiche	GECT
Coordinateur SPS :	APRIVE ALSACIENNE SAS - METZ 8 rue Simon Laplace 57075 Metz Cedex II	opave
Entreprises de travaux lot 1 :	EUROVIA Alzette-Lorraine Voie romaine 57140 Woippy MULLER TP Domaine de Sabré 57420 Coin-lès-Cuvry	EUROVIA MULLER TP
Entreprises de travaux lot 2 :	SNC INEO Réseaux Est ZAD de Chamteux 9 rue B. Peleay 54304 Lunéville Cedex	INEO

L'Europe est active sur ses frontières intérieures et général et dans le GECT en particulier par le biais du programme INTERREG.

SIVOM de l'Alzette

Travaux de création d'un bassin de pollution de 1450 m³ à VILLERUPT : 3 326 166.01 € HT

PARTENAIRES FINANCIERS

Interreg
 Grande Région | Großregion

Financé par

EUROPEAN UNION
 GOUVERNEMENT
 REPUBLIQUE FRANÇAISE
 ADRENCE DE BRAS

Maître d'Ouvrage :	SIVOM de l'Alzette « Station d'Épuration » - Rue de la Gare - BP 23 57390 ALDOUN-LE-TICHE Tél : 03 82 52 19 19	SIVOM de l'Alzette
Maître d'œuvre :	MP2i Conseil Société sociale 1, place des Tricolores - 1 rue du 14 Croix Blaise 54230 Chaligny Tél : 03 83 27 63 72 contact@mp2i-conseil.fr	MP2i conseil OPQIBI
CEPS :	ICL 2 la Tannerie 57057 SAINT JULIEN LES METZ Tél : 03 87 37 30 60	ICL
Entreprises de travaux :	NGE GC Domaine de Sabré - 57420 COIN LES CUVRY Tél : 03 87 57 13 00 NGE FONDATIONS Agence de Nanterre - Bâtiment C - Le Narval 27 rue des Hautes Pâtures - 92787 NANTERRE Tél : 01 42 42 21 60 SOC Avenue de Pagnot - BP 51 33166 SAINT MEDARD EN JALLES cedex Tél : 05 56 70 10 80 ER3i 184 rue de l'Ormain - 54520 LAXOU Tél : 03 83 97 02 82 MULLER TP - Agence de l'Orne ZAC Belle Fontaine - Rue de la Promenade 57780 ROSSELANGE Tél : 03 87 57 13 00	NGE GC NGE FONDATIONS SOC ER3i MULLER TP



Vue d'ensemble de Villerupt, le principal village du côté français. Le passé est présent dans le paysage ainsi que les signes d'une moindre richesse, bien que de nombreux signes de nouveaux développements soient à noter dans les ronds-points.

c) description de l'obstacle adressé : affiliation des ayants droit des familles "mixtes" ou des retraités résidant en France.

L'obstacle abordé est décrit dans les termes de référence (annexe 1). Il concerne l'affiliation des ayants droit des familles résidant en France, dont l'un des parents est travailleur frontalier affilié à la Caisse nationale de santé luxembourgeoise (CNS), ainsi que des pensionnés résidant en France ayant effectué une partie de leur carrière au Luxembourg. Elles seront désignées dans la suite du texte comme des familles "mixtes" ou des retraités "mixtes" : une famille "mixte" ou famille 2 dans le cas présent est une famille avec enfants vivant ou résidant en France dont l'un des parents travaille et est affilié à la CNS au Luxembourg, et l'autre parent travaille en France et est affilié à la CPAM française ("caisse primaire d'assurance maladie"). [voir glossaire]. A Un retraité "mixte" ou un "polypensionné" est un retraité qui perçoit des pensions de deux ou plusieurs caisses de retraite, dont l'une est située en dehors de son pays de résidence.

Services de santé pour les habitants du GECT Alzette Belval

Les besoins de soins se divisent schématiquement en deux parties, les soins de premier niveau (besoins les plus courants ou quotidiens pour lesquels la réponse est principalement apportée par les "médecins généralistes"), et les besoins de soins spécialisés, en milieu hospitalier ou non. Selon Joan ORCIER, directeur de l'ARS Grand Est dans le département de Meurthe-et-Moselle (54), les patients se sentent en droit de recevoir des soins de premier niveau (c'est-à-dire généralistes) dans un rayon de 15 minutes maximum autour de leur domicile. Et comme mentionné le 30 janvier lors d'une réunion accueillie par le CHEM⁴, sur 40 praticiens libéraux sur le territoire du GECT, seuls 12 ont moins de 60 ans. Compte tenu de la pénurie croissante de généralistes sur le territoire français [environ 9% de la population française de plus de 17 ans manquait d'un généraliste en 2017, et 11% soit 6 millions de personnes de plus de 17 ans en 2021]⁵, et du risque de pénurie également du côté luxembourgeois - où 50% des praticiens libéraux auraient droit à la retraite dans les 5 prochaines années⁶, on sait déjà que la situation actuelle n'est pas satisfaisante dans le domaine des soins de santé de premier niveau et ne risque pas de s'améliorer dans un avenir proche. Il est de facto déjà presque impossible d'attirer de nouveaux praticiens dans la région frontalière aujourd'hui, malgré des méthodes plus ou moins régulières pour augmenter leurs revenus par rapport aux règles habituelles (par exemple, en augmentant les paiements pour les heures supplémentaires).

En ce qui concerne les soins de santé spécialisés, les habitants de la partie française du GECT sont voisins d'un hôpital général à Esch-sur-Alzette (CHEM Emile Mayrisch - 5/10km maximum de tout point du GECT), tandis que les hôpitaux français les plus proches sont beaucoup plus éloignés : Mont-Saint-Martin 25 km, Thionville 35 km, Metz 55 km, Nancy 108 km). Certains services de santé spécifiques sont en outre susceptibles d'être fournis plus rapidement, plus régulièrement ou avec des normes similaires ou meilleures dans le CHEM, ce qui le rend attrayant pour les frontaliers français.

Compte tenu de la situation géographique et d'autres éléments à prendre en considération, il est donc naturel et nécessaire d'aborder la question des services de santé dans son ensemble, en englobant au moins les territoires frontaliers luxembourgeois et français, si ce n'est de manière plus large en incluant la Belgique et l'Allemagne.

Les écarts de coûts entre le Luxembourg et la France

Comme le montrent les discussions au sein du CHEM et avec d'autres professionnels de santé français et luxembourgeois, l'un des facteurs entravant la mobilité transfrontalière des patients est la différence significative entre les tarifs français et luxembourgeois en matière de soins de santé. Le coût d'une consultation d'un généraliste au Luxembourg est plus de deux fois supérieur à celui d'une consultation en France par exemple, comme le montre le tableau suivant :

⁴ Hôpital luxembourgeois nommé «Centre hospitalier Emile Mayrisch» sur le territoire du GECT

⁵ Plus exactement 5959000 patients. Vérification des faits par «La dépêche», 29/09/2022. chiffres donnés le 30 juin 2021 par Marguerite Cazeneuve de la CNAM — caisse nationale d'assurance maladie).

⁶ Selon le Dr René METZ, directeur du CHEM

Tarifs et remboursements des soins de santé en France et au Luxembourg⁷:

		FRANCE METROPOLITAINE		LUXEMBOURG
		Secteur 1	Secteur 2	Tarification CNS sans dépassement honoraires ⁸
Médecin généraliste	Tarif	25,00 €	La consultation peut être supérieure à 25€.	54.90€
	Remboursement	Régime général : 70% Remboursement : 16,50€ (forfait de 1€ déduit) Régime local Alsace Moselle : 90% Remboursement : 21,5€ (forfait de 1€ déduit)	Régime général : 70% de 25€ (même si le coût de la consultation est plus élevée). Si le praticien n'est pas adhérent à l'OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée), la base de remboursement est de 23€ Remboursement : 16,50€ (forfait de 1€ déduit) Régime local Alsace Moselle : 90% Remboursement : 21,5€ (forfait de 1€ déduit)	Remboursements à 88% sur base tarifaire de nomenclature CNS (sans convenances personnelles ou autres dépassements d'honoraires): 48.32
Médecin spécialiste				
Pédiatre <18 ans	Tarif	Entre 30 et 60€ selon le type de consultation (consultation chez un spécialiste ou consultation très complexe)		60.10€
	Remboursement	Régime général : 70% du tarif conventionnel : remboursement entre 21 et 42€ selon le type de consultation Régime spécial : 90%		Remboursements à 100% sur base tarifaire de nomenclature CNS (sans convenances personnelles ou autres dépassements d'honoraires) pour les enfants et jeunes < 18 ans : 60.10€
Dermatologue	Tarif	Entre 30 et 60€ selon le type de consultation (consultation chez un spécialiste ou consultation très complexe)		56.20€
	Remboursement	Régime général : 70% du tarif conventionnel : remboursement entre 21 et 42€ selon le type de consultation Régime spécial : 90%		Remboursements à 88% sur base tarifaire de nomenclature CNS (sans convenances personnelles ou autres dépassements d'honoraires) : 49.37€

Répartition des remboursements transfrontaliers entre les différentes situations et législations :

Le droit de recevoir des soins de santé en tout lieu, indépendamment des frontières nationales, a été accordé par le règlement CE 2004/883, puis confirmé et élargi par les décisions de la CJCE (Cour de justice de la Communauté européenne) et complété par la directive européenne 2011/24. Néanmoins, la réalité du droit dépend de la base de remboursement, étant donné la différence notable que nous venons de décrire ci-dessus entre les tarifs de part et d'autre de la frontière.

Les règlements ont une force directe dans la législation interne des États membres et ne nécessitent pas d'autres décisions générales d'application. Néanmoins, selon une tradition administrative française, une circulaire explicative a été publiée en 2010⁹ pour le règlement CE 2004/883, et bien qu'elle ne puisse pas contredire le règlement, elle peut

⁷ source: rapport de réunion de l'EGCT Alzette-Belval 30/01/2023

⁸ -<https://cns.public.lu/dam-assets/legislations/actes-generaux-techniques/medecins/mdecins-nomenclatureet-tarifs-01022023.pdf>

⁹ circulaire DSS DACI 2010 363 du 4 octobre 2010

l'interpréter ou être utilisée contre l'administration dans le cas où elle est utile pour le patient/citoyen. Une situation similaire s'applique au Luxembourg où le règlement a été reflété dans l'article 20 du code de sécurité sociale (CSS). En revanche, les directives doivent être transposées et la directive 2011/24 a été transposée à la fois au Luxembourg¹⁰ et en France¹¹.

En l'état actuel des règles et de leur mise en œuvre concrète par les administrations françaises et luxembourgeoises respectives, les patients qui ont ou souhaitent se faire soigner dans le pays voisin n'ont pas à chercher ou à demander une autorisation préalable en cas d'urgence ou de séjour occasionnel dans le pays, et théoriquement peuvent même éviter d'avancer les frais avant d'être remboursés grâce à la carte européenne d'assurance maladie (voir glossaire). Les soins de santé planifiés et non planifiés peuvent être remboursés ou payés directement au taux du lieu de prestation s'ils ont fait l'objet d'une autorisation préalable dans le cadre du règlement (CE) 883/2004. Les soins de santé non programmés seront remboursés même s'ils ne sont pas été préalablement autorisés dans le cadre de la directive 2011/24, mais au taux maximal du lieu de résidence. Et les soins de santé programmés seront remboursés au même taux en vertu de la même directive sous réserve d'une autorisation préalable.

La pratique de base actuelle des administrations luxembourgeoise et française de la santé peut être résumée dans le tableau suivant : (déplacé sur la page suivante)

Différents cas de remboursement de frais de santé pour les patients transfrontaliers à l'heure actuelle				
Situation	référence	tarif	Remboursement sur la base du tarif de	observations
Situation occasionnelle à l'étranger/utilisation de la carte européenne d'assurance maladie	Règlement 883/2004 Règlement 987/2009	lieu de livraison	lieu de livraison	Pas d'autorisation nécessaire pas d'avance de fonds par le patient
Soins de santé non planifiés	Règlement 883/2004 Règlement 987/2009	lieu de livraison	lieu de livraison	Autorisation nécessaire
Soins de santé planifiés	Règlement 883/2004 Règlement 987/2009	lieu de livraison	lieu de livraison	Autorisation nécessaire
Soins de santé non planifiés	Directive 2011/24	lieu de livraison	Lieu de résidence mais la caisse de maladie de résidence est autorisée à rembourser sur la base du lieu d'accouchement	Pas d'autorisation nécessaire avance de fonds
Soins de santé planifiés	Directive 2011/24	lieu de livraison	Lieu de résidence mais la caisse de maladie de résidence est autorisée à rembourser sur la base du lieu d'accouchement	autorisation nécessaire avance de fonds
Autres situations possibles (exemples d'autres régions)	Accords bilatéraux accords spécifiques MOSAR	Lieu de résidence	Lieu de résidence	
	Accords bilatéraux accords spécifiques Monaco	Lieu de résidence	Lieu de résidence	L'hôpital Grace de Monaco, premier hôpital général pour les résidents français voisins

¹⁰ loi du 1er juillet 2014

¹¹ Décret no 2013-1216 du 23 décembre 2013 relatif à la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre État membre de l'Union européenne; loi no 2014-201 du 24 février 2014 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé; décret no 2014-1525 du 17 décembre 2014 relatif à la reconnaissance des prescriptions de dispositifs médicaux établis dans un autre État membre de l'Union européenne

Conséquences du nœud gordien de législations et de pratiques croisées pour les familles « mixtes » et les retraités

En raison de la législation en vigueur et de la manière dont elle est interprétée et mise en œuvre de part et d'autre de la frontière franco-luxembourgeoise, des obstacles subsistent en matière de mobilité transfrontalière des soins de santé, en particulier du côté français. Par exemple, alors que presque toutes les adresses préliminaires à l'administration luxembourgeoise des soins de santé (formulaire S2) reçoivent une approbation¹², au contraire, une majorité écrasante d'adresses similaires en France sont refusées, sur la base du principe selon lequel chaque fois qu'il est théoriquement possible de chercher des soins en France, l'autorisation doit être refusée.¹³

Dans le cas des travailleurs frontaliers, les obstacles sont davantage liés également aux traditions de travail ou aux pratiques internes qu'à la législation européenne.

Dans le cas de la famille 2 ou famille "mixte" (voir glossaire), les enfants communs peuvent être inscrits à la CNS (Lux) du fait que le parent travaille au Luxembourg. Mais comme les enfants peuvent bénéficier de prestations en nature en fonction du lieu de résidence et que le parent travaille en France, l'administration française (CNAM/CPAM), se basant sur le règlement 883/2004, **considère qu'il n'y a pas lieu de les inscrire à la CNS** via l'EESSI (voir glossaire).

Une exception limitée a été acceptée, à la suite de procédures judiciaires, pour les enfants de parents divorcés ou séparés¹⁴.

Concrètement, **le conjoint et les enfants d'une famille "mixte"** ne trouvant pas de généraliste du côté français de la frontière ou cherchant une consultation spécialisée dans le CHEM voisin **paieront un tarif dissuasif de 55 euros** pour la consultation et seront remboursés de **16,50 euros** par la CPAM **au lieu que l'autre parent soit remboursé de 48,32 euros** et malgré une possibilité d'être théoriquement remboursé de 48,32 euros s'il est inscrit avec l'autre parent selon les règles luxembourgeoises.

Une situation similaire prévaut pour les pensionnés « mixtes » ou « poly », c'est-à-dire les personnes retraitées en France après avoir travaillé dans une certaine mesure à la fois en France et au Luxembourg, et recevant une partie de leur pension dans les 2 pays. Selon l'application directe de la législation européenne et son interprétation par les administrations d'exécution, ils ne peuvent prétendre à l'affiliation à la CNS et doivent donc payer comme un habitant français habituel dans les conditions et les cotisations décrites ci-dessus. Il est néanmoins signalé qu'ils continuent à cotiser à la CNS sur la base de la partie luxembourgeoise de leur pension.

Les retraités transfrontaliers "mixtes" ou "poly" n'ont plus d'accès direct aux soins de santé luxembourgeois dans les conditions antérieures et doivent payer les tarifs luxembourgeois avec un remboursement français tout en continuant à cotiser à la CNS (Lux).

Appréciation de la population concernée

Il est nécessaire, pour envisager l'une ou l'autre solution, d'estimer la population concernée et ses conséquences budgétaires ou autres. Or, ce n'est pas si simple dans le cas présent.

Selon des statistiques publiées au Luxembourg¹⁵ : sur environ 1 million de personnes soignées au Luxembourg, 6% ne seraient pas assurées (tous pays confondus) pour un coût de 3 % des dépenses de SS totales. Le non assuré coûte donc en moyenne deux fois moins cher au Luxembourg que l'assuré. En revanche, il paie autant que l'assuré pour les soins de santé mais est, du moins en France, le plus souvent moins bien remboursé.

¹² «la plupart des demandes d'autorisations S2 formulée [par les résidents Luxembourgeois] reçoivent une suite favorable» (Cahier statistique 12 Luxembourg soins transfrontaliers sept 2022)

¹³ Ainsi qu'il a été démontré lors d'une réunion bilatérale tenue le 30 janvier 2023 au CHEM (voir les documents joints en annexe). Il semble y avoir un changement radical dans la politique de délivrance des autorisations depuis mars 2022, lorsque les médecins-conseils («médecins conseils», médecins employés qui décident si l'autorisation est accordée ou non) ont été centralisés à Vannes pour l'ensemble de la France au lieu d'être situés dans les régions jusqu'en 2022.

¹⁴ Voir article du 18/10/2022 Fin du problème pour les parents frontaliers français <https://paperjam.lu/article/fin-probleme-parents-frontalier>

¹⁵ Carnets de notes IGSS nb 12 et nb 14 — septembre 2022 — voir références à l'annexe 3

Il y aurait environ 150 000 assurés français (résidant en France) au Luxembourg, dont 12.000 dans le canton de Villerupt (environ 30.000 habitants). On peut déduire de ces chiffres que l'ordre d'idée est similaire sur la partie française du GECT Alzette-Belval (environ 12 000 assurés pour environ 30 000 habitants).

Des questions restent en suspens : Combien sont concernés par la récente mesure d'amélioration prises pour les enfants de parents divorcés ? Combien sont concernés par le refus d'affiliation au système le plus cher en cas de couple "mixte" ? Combien de retraités "mixtes" sont concernés par le refus de rattachement au système le plus coûteux ?

Malheureusement, la CPAM 57 (voir glossaire) indique qu'aucune statistique n'est disponible du côté français sur l'étendue de la population potentiellement concernée. Néanmoins, ils ont reçu 127 demandes de mise en état ou de jugement¹⁶ de 2019 à 2022, ce qui est sans doute le signe d'un désarroi total.

Par conséquent, seule une estimation approximative indirecte est possible, sur la base du taux général de population active sur l'ensemble de la population, du taux moyen de familles où les deux parents travaillent, du pourcentage habituel de ces familles ayant des enfants et du ratio population active au Luxembourg/population active. Elle conduirait aux chiffres suivants, qui restent toutefois à confirmer : environ 2.000 personnes [+/- 1.000] (assurés principaux) + co-assurés pour la seule partie française du GECT.

Bien que difficile à estimer, la situation décrite dans ce cas pourrait concerner environ 2000 résidents français du GECT Alzette-Belval, assurés directs en tant que travailleurs ou pensionnés, ou membres de leur famille.

¹⁶ Article du 18.10.2022, par Ioanna Schimizziloanna Schimizzi, confirmé le 13 mars 2023 par la CPAM

III/ Description des solutions possibles :

Démanteler « le mur de Berlin du système de santé français »

Toutes les solutions doivent être et ont été envisagées au cours des discussions, des entretiens et de la phase documentaire. Serait-il nécessaire de modifier ou d'amender les règlements ou directives de l'UE ? Serait-il judicieux de saisir l'opportunité des récents changements dans le droit constitutionnel français et de l'existence d'un droit à l'expérimentation ?

Une première impression générale donnée par cette étude de cas est que, comme le mentionnait en 2019 l'ambassadeur Philippe VOIRY lorsqu'il était conseiller diplomatique du préfet de région pour le Grand-Est, "aux frontières, 80% des questions locales dépendent des administrations nationales, de l'Etat et des accords bilatéraux ou multilatéraux de l'Etat en dépit des efforts déployés par les organismes territoriaux". Une décision, ou mieux plusieurs décisions, devraient donc être prises au niveau central, soit après les résultats d'éventuelles procédures judiciaires, comme cela a été le cas pour l'adoption de la directive 2011/24 UE.

Une deuxième impression générale est que toutes les initiatives nécessaires visant à améliorer la vie des citoyens frontaliers sont très souvent condamnées à ralentir et même à s'arrêter dans l'enchevêtrement des obstacles, des intérêts flous ou contradictoires des appareils administratifs, des réticences corporatistes et même de la concurrence politique ou économique. Le Dr SCHOKMEL, du CHEM, mentionne un certain nombre d'obstacles mis sur la route des soins de santé transfrontaliers par l'administration française, comme "le mur de Berlin de l'administration française". Cette expression reflète peut-être la situation réelle, bien qu'il soit évident, d'après les entretiens, qu'un certain nombre d'acteurs font de leur mieux pour surmonter les obstacles. Mais il n'est pas moins évident que certains groupes cherchent parfois à défendre leurs propres intérêts (dans la plupart des cas, le maintien d'une activité en France, que ce soit dans un hôpital ou en tant que portefeuille d'assurés sociaux, avec des conséquences indirectes sur le budget, le personnel ou les recettes). Les intérêts indirects du Luxembourg doivent également être mentionnés, bien qu'ils soient de loin moins prégnants que les obstacles franco-français dans le cas présent.

Les quatre pistes de travail suivantes peuvent être initiées séparément, alternativement, ou mieux à notre avis, parallèlement, afin d'améliorer la vie quotidienne concrète des frontaliers et de la région luxembourgeoise, celle de la Grande Région, voire celle de tous ou presque tous les travailleurs et résidents frontaliers de France, du Benelux et d'Allemagne.

1/ accord(s) bilatéral(aux) fondé(s) sur la pleine utilisation des possibilités juridiques existantes

Comme le suggèrent ou le prouvent plusieurs rapports, soit de l'Union européenne, soit du programme B-solutions de l'ARFE¹⁷, et malgré le manque de statistiques fiables, les soins de santé transfrontaliers sont principalement basés sur des accords locaux et/ou bilatéraux :

"Des données limitées suggèrent que les accords bilatéraux entre les autorités sanitaires voisines ou les hôpitaux des zones frontalières influencent également les flux de patients, tout comme l'existence de procédures parallèles dans le cadre de la législation nationale pour les soins de santé planifiés à l'étranger. Lorsque des chiffres sont disponibles pour ces systèmes parallèles, la mobilité des patients est généralement beaucoup plus importante que dans le cadre des règlements et de la directive. Il n'existe pas de données à l'échelle de l'UE sur le rôle spécifique des organismes bilatéraux locaux dans la facilitation des flux transfrontaliers de patients. »¹⁸

Les règles de l'UE (principalement le règlement (CE) 883/2004 et la directive 2011/24) s'appliquent en tant que réseau d'appui et non en tant qu'outil principal: « en outre, un certain nombre de procédures parallèles existent pour répondre aux besoins en matière de soins de santé des personnes vivant dans les régions frontalières européennes. Dans certains États membres, elles représentent des flux de patients transfrontaliers beaucoup plus importants que la directive ou les règlements. »¹⁹

Les règles générales établies par le règlement 883/2004 et la directive 2011/24 sont loin d'être obligatoires, comme certaines administrations (de part et d'autre de la frontière) ont tendance à croire ou du moins à prétendre le croire et l'expliquer. Ce point est clairement énoncé par l'article 16 du règlement 883/2004:

« TITRE II DÉTERMINATION DE LA LÉGISLATION APPLICABLE [...] articles 11 à 15 Article 16: [...] Deux ou plusieurs États membres, les autorités compétentes de ces États membres ou les organismes désignés par ces autorités peuvent, d'un commun accord, prévoir des exceptions aux articles 11 à 15 dans l'intérêt de certaines personnes ou catégories de personnes. [...] »

¹⁷ 2021 B-solutions Report reimbursement of cross-border healthcare costs

¹⁸ Mobilité transfrontalière des patients dans certaines régions de l'UE — Rapport final — décembre 2021

¹⁹ CBPM Report 2021

Par conséquent, **un accord bilatéral direct**, si les deux États ou leurs administrations habilitées le souhaitent, mettrait fin **aux difficultés rencontrées** en créant des règles exceptionnelles pour la population concernée.

Une exception est également autorisée pour les retraités, conformément à la deuxième partie de l'article 16, que ce soit par le biais d'un accord bilatéral ou non :

"Une personne qui perçoit une pension ou des pensions en vertu de la législation d'un ou de plusieurs États membres et qui réside dans un autre État membre peut, à sa demande, être exemptée de l'application de la législation de ce dernier État, à condition qu'elle ne soit pas soumise à cette législation en raison de l'exercice d'une activité salariée ou non salariée".

2/ Un meilleur remboursement par la France sur la base des principes d'équité et d'égalité

Si un accord bilatéral s'avère trop long ou trop difficile à conclure, l'administration française est tout à fait en mesure de soutenir un meilleur remboursement ou une aide financière aux travailleurs frontaliers ou aux résidents.

La directive 2011/24 prévoit un niveau minimum de remboursement pour les patients :

«(29) [...] Les patients devraient bénéficier d'une garantie de prise en charge des coûts de ces soins de santé au moins au niveau prévu pour les mêmes soins de santé, s'ils avaient été dispensés dans l'État membre d'affiliation. [.../...]

mais les États membres ont pleinement le droit de proposer de meilleures conditions, comme indiqué à l'article 7.4:

«article 7. 4, [.../...]

Lorsque le coût total des soins de santé transfrontaliers dépasse le niveau des coûts qui auraient été assumés si les soins de santé avaient été dispensés sur son territoire, l'État membre d'affiliation peut néanmoins décider de rembourser l'intégralité du coût.

L'État membre d'affiliation peut décider de rembourser d'autres frais connexes, tels que les frais d'hébergement et de déplacement, ou les frais supplémentaires que les personnes handicapées pourraient encourir en raison d'un ou de plusieurs handicaps lorsqu'elles reçoivent des soins de santé transfrontaliers, conformément à la législation nationale et à la condition qu'il existe une documentation suffisante indiquant ces coûts.»

En conséquence, il est clair que **les règles de l'UE n'interdisent pas à la France de considérer les résidents frontaliers comme des patients devant bénéficier d'un soutien différent en raison de leur situation spécifique.**

Il appartient à l'Administration de l'accepter sur la base des règles existantes ou sur la base de nouvelles règles (circulaire, décret ou loi).

La circulaire de 2010²⁰ devrait ensuite être adaptée pour deux raisons au moins:

- 1) parce qu'elle n'inclut pas l'existence de la directive 2011/24 et la question de la coordination entre le règlement et la directive
- 2) afin de changer les habitudes actuelles d'affiliation, soit pour les enfants des couples «mixtes» ou pour les retraités «mixtes» ou «poly»

3/ Une meilleure utilisation des possibilités juridiques existantes par les personnes intéressées avec le soutien du GECT

La troisième piste d'amélioration réside dans l'action des assurés eux-mêmes, avec ou sans le soutien du GECT. Bien que le droit procédural français ne prévoit pas d'actions collectives dans ce type de procédure, **le GECT** — ou la collectivité intercommunale française qui en fait partie — aurait droit et pourrait néanmoins, sur la base de l'intérêt de ses habitants, **recruter un ou plusieurs avocats afin de faciliter et d'appuyer les procédures individuelles liées aux questions soulevées.** Un tel soutien à la procédure aiderait l'administration centrale de la sécurité sociale à prendre conscience de la nécessité de régler la question par d'autres moyens que le simple mépris ou le silence. Alternativement ou en complément, l'association des travailleurs frontaliers franco-luxembourgeois pourrait fournir un service similaire à ses membres.

²⁰ circulaire DSS DACI 2010 363 du 4 octobre 2010

En ce qui concerne la question des familles «mixtes», bien que les tribunaux français aient déjà été saisis et que la question des couples séparés ou divorcés soit résolue²¹, il conviendrait de poursuivre dans d'autres contentieux, **principalement fondées sur le principe de l'égalité de traitement**, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une QPC (question prioritaire de constitutionnalité). Comme indiqué dans les TdR (termes de référence) et confirmé par la directrice de la CPAM 57 Mme ABALAIN, la France est le seul État membre où les familles ont le droit de décider quel parent sera attaché aux enfants, comme indiqué dans le code de la sécurité sociale (articles L160-1, 160-2, 161-1-3, R161-8). Le règlement actuel (883/2004), tel qu'interprété par les administrations française et luxembourgeoise, semble discriminer les parents français d'une famille «mixte» (famille 2 dans le glossaire) par rapport à une famille française «simple» (famille 1 ou 3 du glossaire). Ces derniers ont en effet un véritable choix fondé sur les articles L161-1-3 et R161-8, mais la famille «mixte» se voit refuser ce droit si elle n'est pas divorcée ou séparée, créant ainsi une rupture d'égalité.

En ce qui concerne la question des **pensionnés «mixtes» ou «poly-pensionnés»,** la législation existante fournit une base de solution, à condition que les administrations des deux États acceptent de l'appliquer:

a) La question de la cotisation prélevée sans contrepartie: du côté luxembourgeois, ces pensionnés pourraient tout d'abord demander le remboursement des cotisations perçues sur leur pension lorsqu'ils ne sont pas enregistrés au Luxembourg, sur la base de l'article 30 «cotisations des pensionnés», prg 1:

«1. L'institution d'un État membre qui est chargée, en vertu de la législation qu'elle applique, d'effectuer des retenues au titre des cotisations pour les prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées ne peut demander et recouvrer ces retenues, calculées conformément à la législation qu'elle applique, que dans la mesure où la charge des prestations prévues aux articles 23 à 26 incombe à une institution dudit État membre.»

b) La question d'enregistrement au Luxembourg au lieu de la France: les polypensionnés peuvent demander à être enregistrés du côté luxembourgeois, sur la base de l'article 16, paragraphe 2, du règlement (CE) no 883/2004, qui dispose ce qui suit:

«Une personne qui perçoit une pension ou des pensions en vertu de la législation d'un ou de plusieurs États membres et qui réside dans un autre État membre peut, à sa demande, être exemptée de l'application de la législation de ce dernier État, à condition qu'elle ne soit pas soumise à cette législation en raison de l'exercice d'une activité salariée ou non salariée.»

4/ Le centre de soins de santé transfrontalier : un véritable pas en avant vers une organisation de soins de santé centrée sur le patient dans la région transfrontalière.

La quatrième et dernière piste de travail proposée va au-delà de la seule mise en œuvre des règles d'affiliation, des règles de sécurité sociale et de la coordination en général. Il s'agit d'une manière plus générale et inclusive de répondre à la question réelle qui se cache derrière les demandes d'enregistrement et de remboursement transfrontaliers: la demande **d'une organisation de soins de santé centrée sur le patient aux frontières, indépendamment des lois et règles nationales et européennes.**

L'une des voies les plus originales pour répondre à cette question serait la construction et l'organisation d'une maison de santé transfrontalière. L'idée découle de la rencontre organisée par le GECT Alzette-Belval le 30 janvier à Esch-sur-Alzette (voir les références) reflétant les forts besoins d'une organisation franco-luxembourgeoise des soins de santé. Il pourrait s'inspirer en partie de l'hôpital franco-espagnol de Puigcerda (créé sur la base d'un GECT) et être piloté soit par le GECT existant (peut-être avec un changement ou un ajout au statut), soit par un nouveau GECT spécialisé.

L'idée n'irait pas aussi loin qu'à Puigcerda, car des infrastructures de santé de haut niveau et avec toute la gamme d'offres médicales nécessaires existent déjà dans la région. Mais cela pourrait aider à répondre aux besoins réels et aux demandes en matière de soins de santé de premier niveau et de consultations spécialisées dans la région frontalière. Comme cela a été démontré lors de cette réunion, les besoins en généralistes se font sentir ou se feront sentir à la fois au Luxembourg et en France dans les années à venir²². Compte tenu de la surcharge relative et de la pression croissante sur le service d'urgence, le CHEM se demande déjà s'il serait pertinent d'organiser une consultation de premier niveau au sein ou sous la supervision de l'hôpital.

²¹ Selon la CPAM 57, plusieurs affaires judiciaires ont été réglées par les cours d'appel ou la Cour de cassation (cour suprême de France). Néanmoins, un seul cas pertinent semble avoir été publié jusqu'à présent: Cour d'appel de Nancy, 18 février 2020, no 19_00341

²² Il a déjà été mentionné que seuls 12 médecins sur 40 ont moins de 60 ans dans le GECT, et que 50 % des des généralistes luxembourgeois pourraient prétendre à la retraite dans les 5 prochaines années.

Explorer la faisabilité d'un centre de soins de santé transfrontalier nécessiterait une mission spécifique pour un ou plusieurs experts, mais l'objectif principal serait d'améliorer l'attractivité de la zone frontalière en regroupant sur le même site les services disponibles pour les patients des deux côtés de la frontière, indépendamment de leur nationalité, de leur statut ou de leur affiliation, par exemple:

- plusieurs généralistes ou spécialistes (soins dentaires par exemple)
 - présence permanente ou périodique de spécialistes ou de consulats spécialisés
 - médicaments et médicaments des deux États
 - autres services annexes (infirmières, kinésithérapeutes, etc.)
 - spécialités potentiellement existantes d'un côté de la frontière et non ou moins développées de l'autre, (médecine fonctionnelle par exemple)
-
- **L'infrastructure pourrait ou devrait être située sur la ligne de démarcation de la frontière elle-même**, et répartie le long d'un corridor ou d'une ligne centrale, les mêmes personnes ayant la possibilité de livrer ou d'acheter des biens (médicaments) ou des services (consultations) de la législation française ou luxembourgeoise ou des règles de remboursement et tarifs en fonction de la pièce, du côté du corridor ou du côté de la table où elles se trouvent physiquement au moment de l'achat ou de la prestation.
 - L'une des principales difficultés étant d'attirer de nouveaux médecins dans la région, ceux-ci seraient des salariés du GECT et devraient donc répondre aux demandes des patients dans les conditions financières de l'administration dont ils dépendent: un patient inscrit en France paierait 25 EUR pour une consultation, un patient inscrit au Luxembourg 55 EUR, mais le médecin ne ressentirait aucune différence car il recevrait un salaire du GECT.
 - L'attractivité des lieux pour les médecins serait assurée par une infrastructure nouvelle et gratuite et une attractivité des salaires basée sur une combinaison de services luxembourgeois et français.

De cette manière, même si la question de l'affiliation des familles «mixtes» ou des retraités n'est pas encore résolue, le groupe de patients considéré aurait au moins accès à des soins de santé normaux tout au long de la vie quotidienne : généraliste, spécialités de consultation, médecine...

* *

*

IV Une liste complète de toutes les dispositions juridiques pertinentes en l'espèce avec la citation correcte tant dans la langue originale qu'en anglais: voir annexe 3

V Autres aspects pertinents en l'espèce, le cas échéant: aucun

VI Références et appendice/annexes

liste des documents joints:

- 1 Mandat (description de l'obstacle)
- 2 liste des entretiens
- 3 références juridiques
- 4 autres documents et références
- 5 glossaire

annexe 2: entretiens et réunions
(Fr = France ou Français — Luxe ou Luxembourgeois)

Abalain Catherine directrice CPAM 57 (Moselle) Fr
Bajeux Anne frontale Fr
Charpentier Sophie région Grand Est Fr
Codello Daniel élu ville d'Esch Luxembourg
Cordao Daniel CHEM Luxembourg
Crétin Carole Dr chef du service stratégie internationale ARS Grand Est Fr
Feuerstein Sophie région Grand Est Fr
Freysselinard Eric préfet directeur Ihemi Fr
Fuchs Victoria frontale Fr
Guillotini Véronique sénateur Fr, région Grand Est Fr et Grande Région [Fr Lux De Be]
Heisdorf-VALENCE Sabrina ARS Grand Est Fr
Jouin Patrick ARS Grand Est Stratégie de service adjointe internationale ARS Grand Est Fr
MacKain Frédéric conseiller aux questions frontales minint Fr
Metz René Dr, directeur CHEM Luxembourg
Orcier Joan ARS-GRAND-EST DT 54 Fr
Pigeon Carine directrice service RI IGSS MinSanté Luxembourgeois
Piot Lucas assistant parlementaire Fr
SHOCKMEL Romain Dr CHEM Luxembourg
Torki Anissa CHEM Luxembourg
Vinti Laurent CHEM Luxembourg
Vogin Guillaume CHEM Luxembourg
Voiry Philippe ambassadeur délégué aux questions frontales MEAE Fr
Wagner Frédérique chef du service international CPAM 57 (Moselle) Fr
Yeral Marine GECT Alzette-Belval Fr/Lux

annexe 3: références juridiques (principales)

(Nota: UE = Union européenne Fr = France ou Français — Luxe ou Luxembourgeois)

Règlement (CE) no 883/2004 de l'UE de 2004 sur la coordination de la sécurité sociale en Europe

«Règlement (CE) no 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination de la sécurité sociale systèmes (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE et pour la Suisse)»

référence de publication:

Règlement (CE) no 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE et pour la Suisse)

JO L	166,	30.4.2004,	p. 1-123	(ES, DA,	DE,	EL, EN,	FR,	C'ES	NL, PT,	FI,	SV)
Spécial	édition	dans	Tchèque:	Chapitre	05	Volume	005	P.	72	—	116
Spécial	édition	dans	Estonien:	Chapitre	05	Volume	005	P.	72	—	116
Spécial	édition	dans	Letton:	Chapitre	05	Volume	005	P.	72	—	116
Spécial	édition	dans	Lituanien:	Chapitre	05	Volume	005	P.	72	—	116
Spécial	édition	dans	Hongrois	Chapitre	05	Volume	005	P.	72	—	116
Spécial	édition	dans	Maltais:	Chapitre	05	Volume	005	P.	72	—	116
Spécial	édition	dans	Polonais:	Chapitre	05	Volume	005	P.	72	—	116
Spécial	édition	dans	Slovaque:	Chapitre	05	Volume	005	P.	72	—	116
Spécial	édition	dans	Slovène:	Chapitre	05	Volume	005	P.	72	—	116
Spécial	édition	dans	Bulgare:	Chapitre	05	Volume	007	P.	82	—	126
Spécial	édition	dans	Roumain:	Chapitre	05	Volume	007	P.	82	—	126

Édition spéciale en croate: Chapitre 05 Volume 003 P. 160-204

○ En vigueur: Cette loi a été modifiée. Version consolidée actuelle: 31/07/2019

ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2004/883/oj>

2010 Fr circulaire DSS DACI 2010 363 du 4 octobre 2010

«Circulaire No DSS/DACI/2010/363 du 4 octobre 2010 relatif à l'entrée en application des nouveaux règlements (CE) n°883/2004 et 987/2009 de coordination des systèmes de sécurité sociale: dispositions maladie et maternité [circulaire R.883 n°4]»

référence de publication:

Circulaire Interministerielle N°DSS/DACI/2012/207 du 24 mai 2012 relative à l'entrée en vigueur du règlement (CE) no 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et de son règlement d'application n°987/2009 au regard de la Suisse.

- Domaine(s): Santé, solidarité
- Date de signature: 24/05/2012
- Date de mise en ligne: 07/06/2012
- Ministère(s) déposant(s): AFS — Affaires sociales et santé
- Autre(s) Ministère(s) concerné(s): EFI — Economie et finances

2002 Fr CSS (code de sécurité sociale) art L161-15-3 affiliation des enfants

«code de la sécurité sociale Article L161-15-3 Version en vigueur depuis le 05 mars 2002»

référence de publication:

Création Loi n°2002-305 du 4 mars 2002 — art. 12 JORF 5 mars 2002

2009 Règlement de l'UE (CE) no 987/2009 modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004

«Règlement (CE) no 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE et pour la Suisse)»

référence de publication:

JO L 284 du 30.10.2009, p. 1-42 (BG, ES, CS, DA, DE, ET, EL, EN, FR, GA, IT, LV, LT, HU, MT, NL, PL, PT, RO, SK, SL, FI, SV)

Édition spéciale en croate: Chapitre 05 Volume 002 P. 171-212

○ En vigueur: Cette loi a été modifiée. Version consolidée actuelle: 01/01/2018

ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2009/987/oj>

2011 Directive de l'Union européenne 2011/24 relative aux soins de santé transfrontaliers — Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du

9 mars 2011 sur l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers»

référence de publication:

Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers

JO L 88 du 4.4.2011, p. 45 (BG, ES, CS, DA, DE, ET, EL, EN, FR, IT, LV, LT, HU, MT, NL, PL, PT, RO, SK, SL, FI, SV) Édition spéciale en croate: Chapitre 15 Volume 014 P. 165-185

○ En vigueur: Cette loi a été modifiée. Version consolidée actuelle: 01/01/2014

ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2011/24/oj>

2014 Fr transposition de la directive 2011/24 (1 de 3): «Loi no 2014-201 du 24 février 2014 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé»

référence de publication:

Loi no 2014-201 du 24 février 2014 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé
(1)

Dernière mise à jour des données de ce texte: 26 février 2014

NI: AFSX1315898L

JORF n°0047 du 25 février 2014

2014 07 01 Transposition de la directive 2011/24 au Luxembourg

«Loi du 1er juillet 2014 portant 1) transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers; [.../...].».

référence de publication:

Date(s)

- Date de publication: 04/07/2014
- Date de prise d'effet: 01/08/2014
- Date de promulgation: 01/07/2014

Référence

Loi du 1er juillet 2014 portant 1) transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers; 2) modification du Code de la sécurité sociale; 3) modification de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin vétérinaire; 4) modification de la loi modifiée du 31 juillet 1991 déterminante les conditions d'autorisation d'exercice la profession de pharmacien; 5) modification de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé; 6) modification de la loi modifiée du 11 avril 1983 portant réglementation de la mise sur le marché et de la publicité des médicaments; 7) modification de la loi modifiée du 16 janvier 1990 relative aux dispositifs médicaux. — Mémorial A no 115 de 2014, p. 1738

2015 Fr CSS (code de sécurité sociale) art R161-8 affiliation des enfants code de la sécurité sociale article R161-8

référence de publication:

Version en vigueur depuis le 01 janvier 2016

Codifié par *Décret no 85-1353 du 17 décembre 1985*

Modifié par *Décret n°2015-1865 du 30 décembre 2015 — art. 3*

Décret no 2015-1865 du 30 décembre 2015 relatif aux bénéficiaires et aux prestations de la protection universelle maladie et à la cotisation forfaitaire prévue à l'article L. 381-8 du code de la sécurité sociale

Dernière mise à jour des données de ce texte: 01 janvier 2016

NI: AFSS1528689D

JORF n°0303 du 31 décembre 2015

Arrêt de la Cour de justice **2020: Cour d'appel Nancy, 18 février 2020, no 19_00341 «CA Nancy, ch. soc.-1re sect, 18 févr.**

2020, référence de publication no 19/003413: non publié.

FR Code de la sécurité sociale (articles L160-1, 160-2, 161-1-3, R161-8)

code de la sécurité sociale article L160-1

code de la sécurité sociale article L160-2

code de la sécurité sociale article L160-1-3

code de la sécurité sociale article R161-8

référence de publication: code de la sécurité sociale LEGIFRANCE *Dernière mise à jour des données de ce code: 19 mars 2023* Code de la sécurité sociale Lux (CSS) (art. 20: application du règlement (CE) no 883/2004)

code de la sécurité sociale SECU >Assurance maladie>livre I > **Chapitre II. Objet de l'assurance. Article 20**

référence de publication: *Loi du 12 août 2022 modifiant: 1° le Code de la sécurité sociale; 2° la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale; 3° la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension. (Mémorial A-2022-472 du 28.8.2022; article 9)*

annexe 4: autres références (sélection)

- 2023 01 30: Rapport du GECT sur la réunion bilatérale du P. Lux à Esch sur Alzette — CHEM
- 2022 09 Cahier statistique 12 lux soins transfrontaliers sept 2022
 - 2022 10 18 «Fi du problème pour les parents frontaliers français»
<https://paperjam.lu/article/fin-probleme-parents-frontalie>
 - Mobilité transfrontalière des patients 2021 dans certaines régions de l'UE — Rapport final — décembre 2021 (en résumé: Rapport 2021 du CBPM)
 - 2021 Commission européenne & Association des régions frontalières européennes — Solutions B: Résoudre les obstacles frontaliers. Un Compendium 2020-2021
 - 2021-solutions B Rapport sur le remboursement des coûts transfrontaliers des soins de santé
 - Secrétariat général 2020 de l'Union Benelux (2016): Patients sans frontières — Flux de patients transfrontaliers au Benelux
 - 2020 Commission européenne et Association des régions frontalières européennes (2020): solutions B: Résoudre les obstacles frontaliers Un Compendium de 43 cas.
 - Commission européenne 2017 (2017): Communication DE LA COMMISSION AU CONSEIL ET AU PARLEMENT EUROPÉEN Renforcer la croissance et la cohésion dans les régions frontalières de l'UE
 - 2008 Sénat français: rapport du sénateur RIES sur une directive de projet (2008)

Sur la question transfrontalière en France:

2010 06 17 Rapport du Mps Blanc-Keller sur la question transfrontalière

2015 07 15 Rapport du préfet Bertrand CADIOT sur la question transfrontalière

2021 11 25 Rapport de l'administrateur général Frederic MacKain sur la question transfrontalière

CHEM: centre hospitalier Emile Mayrisch Hôpital luxembourgeois basé à Esch-sur-Alzette sur le territoire de l'EGTCAlzette-Belval

CNS: Fonds national de santé du Luxembourg (caisse nationale de santé)

CPAM: Administration française en charge de l'affiliation à la sécurité sociale et du remboursement (caisse primaire d'assurance maladie). La CPAM 57 (Moselle) est responsable de l'ensemble des dossiers et dossiers liés au Luxembourg quel que soit le lieu de résidence en France. Il n'inclut pas les formulaires d'autorisation préalable S2, qui sont centralisés à Vannes du point de vue médical depuis mars 2022.

EESSI (échange électronique des informations relatives à la sécurité sociale): Système informatique qui aide les institutions de sécurité sociale dans l'ensemble de l'UE à échanger plus rapidement et en toute sécurité des informations relatives à différentes branches, telles que la législation applicable, la maladie, les maladies professionnelles et les accidents du travail, les pensions, le chômage et les prestations familiales, comme l'exigent les règles de l'UE en matière de coordination de la sécurité sociale.

Carte européenne de sécurité sociale: projet visant à améliorer la portabilité des droits de sécurité sociale au-delà des frontières grâce à la vérification numérique de la couverture et des droits de sécurité sociale des citoyens par les acteurs et institutions compétents.

Carte européenne d'assurance maladie: Une carte gratuite, délivrée par le prestataire national d'assurance maladie, qui donne accès aux soins médicaux nécessaires et fournis par l'État lors d'un séjour temporaire dans l'un des 27 pays de l'UE, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse ou au Royaume-Uni dans les mêmes conditions et aux mêmes frais (gratuits dans certains pays) que les personnes assurées dans ce pays. Les prestations couvertes comprennent, par exemple, les prestations servies en conjonction avec des maladies chroniques ou existantes ainsi qu'en liaison avec la grossesse et l'accouchement.

Famille 1 ou famille «simple»: une famille avec enfants résidant en France où un seul parent travaille et est affilié à la CNS au Luxembourg.

Famille 2 ou famille «mixte»: une famille avec enfants résidant en France où l'un des parents travaille et est affilié au CNS au Luxembourg, et l'autre parent travaille en France et est affilié à la CPAM française («caisse primaire d'assurance maladie»).

Famille 3 ou famille «double»: une famille avec enfants vivant ou résidant en France où les deux parents travaillent et sont affiliés soit en France (famille 3 Fr) soit au Luxembourg (famille 3 Lux)

formulaire S1: formulaire à remplir par les résidents affiliés à une caisse de sécurité sociale différente de celle du lieu de résidence afin de recevoir des soins de santé habituels (prévus ou non) dans leur pays de résidence

formulaire S2: formulaire à remplir par les personnes souhaitant recevoir des soins de santé planifiés d'une autre caisse de sécurité sociale que celle de leur affiliation

formulaire S3705: formulaire à remplir par les parents qui souhaitent choisir le compte de sécurité sociale sur lequel les enfants communs seront affiliés à la sécurité sociale française

travailleur frontalier: selon le règlement 2004/883 relatif à la coordination de la sécurité sociale, on entend par travailleur frontalier toute personne exerçant une activité salariée ou non salariée.

la personne dans un État membre et qui réside dans un autre État membre où elle retourne en règle générale quotidiennement ou au moins une fois par semaine;

un **pensionné «mixte»** ou un **«polypensionnaire»** est un pensionné percevant des pensions de deux ou plusieurs fonds de pension, dont l'un est situé en dehors de son pays de résidence.