



Bureau principal	AGEG c/o EUREGIO	Enscheder Str. 362	48599 Gronau (Allemagne)
Bureau des projets	ARFE c/o BISON	Kömerstraße 7	10785 Berlin (Allemagne)
Antenne de l'ARFE dans l'UE	Bureau de l'Estrémadure à Bruxelles	Av. De Cortenbergh 87-89	1000 Bruxelles (Belgique)
Centre d'information de l'ARFE dans les Balkans	Institut pour la coopération internationale et CBC	Terazije 14/14	11000 Belgrade (Serbie)
Centre d'information de l'ARFE en Ukraine	Université Simon Kuznets (KhNUE)	pr. Lenina, 9a	61001 Charkiw (Ukraine)



## B-solutions

### RAPPORT FINAL DE L'EXPERT

**Titre du dossier de conseil:** Suivi médical et hospitalisation à domicile

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

**Nom de l'expert mandaté pour le cas de conseil:** Health Connect Partners (experts en la matière: Isabelle Andoulsi, Petra Wilson et Anett Molnar)

Date : 31.05.2023

Administration de l'AEBR: Enscheder Straße 362, D-48599 Gronau (Allemagne), Téléphone + 49 (0) 2562/70219, Télécopieur + 49 (0) 2562 70259

E-mail: [info@aebr.eu](mailto:info@aebr.eu), Internet: [www.aebr.eu](http://www.aebr.eu)

Banque: Volksbank Gronau-Ahaus eG, Compte. 183182600 (BLZ 401 640 24), BIC: GENODEM1GRN, IBAN: DE82 4016 4024 0183 1826 0

## Table des matières

1. Résumé :.....	3
2. Description de l'obstacle .....	4
2.1 Coopération transfrontalière dans la région Alzette Belval.....	4
2.2 Aperçu des défis juridiques de l'hospitalisation à domicile.....	4
a) L'hospitalisation à domicile ne relève pas de la législation européenne sur les soins transfrontaliers.....	5
b) La législation européenne n'aborde pas les soins transfrontaliers .....	6
c) L'hospitalisation à domicile n'est pas dans la nomenclature luxembourgeoise de soins et de remboursement .....	6
3. Un examen plus approfondi des dispositions juridiques/administratives à l'origine des obstacles à l'hospitalisation à domicile .....	7
3.1 Absence de terminologie commune entre la France et le Luxembourg .....	7
3.2 Différents cadres juridiques nationaux .....	8
3.3 Les soins de santé transfrontaliers dans le cadre juridique européen .....	9
a) Directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers .....	9
b) Règlement (CE) no 883/2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale .....	12
c) Directive ou règlement ?.....	13
4. Description des solutions possibles .....	13
4.1 Vérifier la validité de l'interprétation de l'article 3 et du considérant 14 de la directive.....	14
4.2 Autoriser la prescription transfrontière de services de soins en vertu de la directive sur les soins transfrontaliers .....	14
4.3 Créer un vocabulaire commun normalisé .....	16
4.4 Développer des outils d'information pour les soins transfrontaliers .....	16
4.5 Intégrer les solutions de santé numériques dans les soins transfrontaliers.....	17
4.6 Adopter des accords spécifiques pour répondre aux besoins de soins transfrontaliers dans la région.....	17
Conclusion : .....	19
Annexe 1 — Liste des dispositions juridiques pertinentes en l'espèce.....	20
Annexe 2 — Entrevues menées .....	20
Annexe 3 — Autres références .....	21

## 1. Résumé :

Les relations économiques entre la France et le Luxembourg font que de nombreuses personnes ne vivent pas seulement dans la région frontalière, mais traversent fréquemment la frontière pour travailler, pour les loisirs ou pour obtenir ou fournir des services. Le Groupement européen de coopération territoriale (GECT) créé dans la région d'Alzette Belval a constaté qu'une question particulière se pose dans le contexte des soins de santé lorsqu'un patient vivant du côté français de la frontière et ayant reçu des soins hospitaliers au Luxembourg souhaite utiliser les services d'hospitalisation à domicile en France, conformément à la pratique française courante. Le GECT a demandé une évaluation des obstacles juridiques et des solutions possibles à la prestation de services d'hospitalisation à domicile pour les patients vivant en France qui ont reçu des soins hospitaliers au Luxembourg.

Sur la base d'une évaluation minutieuse de la loi et de discussions approfondies avec des prestataires de soins et des fonctionnaires en France et au Luxembourg, le présent rapport décrit les défis juridiques, qui s'articulent autour de quatre questions fondamentales :

- **Les soins de longue durée et l'aide à la vie autonome sont exclus de la directive sur les soins transfrontaliers (2011/24/UE).** La classification de l'hospitalisation à domicile au regard de cette exclusion n'est pas claire.
- L'hospitalisation à domicile ne peut pas être prescrite par un médecin luxembourgeois pour un patient résidant en France, **car la directive ne couvre que la prescription de médicaments et de dispositifs médicaux, et non les services.**
- La directive sur les soins de santé transfrontaliers (2011/24/UE) et les règlements sur la coordination de la sécurité sociale (883/2004/UE et 987/2009) partent du principe qu'il est possible d'accéder à des soins dans un autre État membre de l'UE qui font partie du panier de soins dans le pays d'affiliation du patient à l'assurance. **L'hospitalisation à domicile, telle qu'elle est définie en France, ne fait pas partie du panier de soins de l'assurance maladie luxembourgeoise.** La différence de nomenclature et de codes de remboursement rend difficile pour un patient la demande de remboursement au titre des règlements.
- La directive sur les soins de santé transfrontaliers (2011/24/UE) et les règlements la coordination de la sécurité sociale (883/2004/UE et 987/2009) sont axés sur la **mobilité du patient, et non du professionnel fournissant des services**, de sorte que les professionnels de la santé ne peuvent pas être envoyés au-delà des frontières pour fournir des soins sur la base de l'un ou l'autre de ces textes législatifs.

Le rapport présente ensuite un certain nombre d'actions possibles pour surmonter les obstacles. Idéalement, plusieurs d'entre elles devraient être mises en œuvre de manière coordonnée, car les meilleurs résultats ne seraient pas atteints si ces solutions étaient prises isolément.

- **Tester l'applicabilité de l'exclusion des soins de longue durée** de la directive sur les soins de santé transfrontaliers (2011/24/UE) à l'hospitalisation à domicile, en particulier dans le contexte de l'article 168, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'UE, qui encourage la coopération entre les États membres afin d'améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les zones transfrontalières.
- **Inclure la prescription de services de soins dans la définition des prescriptions transfrontalières** prévue dans la directive sur les soins de santé transfrontaliers (2011/24/UE), plutôt que de la limiter aux prescriptions de médicaments et de dispositifs.
- **Créer un vocabulaire et une nomenclature** (ou codes de remboursement) **standardisés** entre la France et le Luxembourg qui classifient les services de soins à domicile de la même manière afin que les règlements sur la coordination de la sécurité sociale (883/2004/UE et 987/2009) s'appliquent à ces soins.
- **Développer des outils d'information ciblés** pour faciliter la compréhension par les patients et les

professionnels de santé des règles des soins transfrontaliers et de leur remboursement.

- **Adopter des modèles pour l'intégration des solutions de santé numérique dans les soins transfrontaliers.**
- **Adopter des accords spécifiques pour faciliter les soins transfrontaliers dans la région d'Alzette Belval, en s'inspirant de l'expérience de la Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers (ZOAST) telle qu'elle fonctionne à la frontière franco-belge afin de traiter la question de la mobilité des professionnels de santé et assurer la continuité des soins.**

## **2. Description de l'obstacle**

### **2.1 Coopération transfrontalière dans la région Alzette Belval**

Le Luxembourg a des frontières avec la France, l'Allemagne et la Belgique, la frontière française étant la plus courte (138 km). Cependant, malgré la courte longueur de cette frontière, les relations économiques entre les deux pays font que de nombreuses personnes ne vivent pas seulement dans la région frontalière, mais la traversent aussi fréquemment, certaines quotidiennement pour le travail, d'autres moins souvent pour le travail, pour les loisirs ou pour obtenir ou fournir des services. Certains de ces services sont des services de santé pour lesquels une personne peut être assurée dans un pays, mais qui cherche à utiliser des services dans l'autre, ou même fournir des services dans un pays tout en étant légalement établie dans l'autre.

C'est dans le cadre de ces services transfrontaliers, y compris les services de santé, que la région d'Alzette Belval a créé une entité juridique pour soutenir la coopération transfrontalière. Le 7 janvier 2010, une convention relative à la mise en œuvre d'un groupement européen de coopération territoriale (GECT) a été signée sur le territoire d'Alzette Belval, qui est entré en vigueur trois ans plus tard le 8 mars 2013. Le GECT d'Alzette Belval couvre une superficie de 170 km<sup>2</sup> comprenant douze communes: quatre du côté luxembourgeois (Esch-sur-Alzette, Sanem, Mondrange, Schifflange), huit du côté français (communauté des communes Pays-Haut Val d'Alzette) et trois collectivités locales (la Région, le Conseil Général de Moselle et le Conseil Général de Meurthe-et-Moselle). Cet instrument transfrontalier de coopération entre les collectivités locales françaises et luxembourgeoises est doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière nécessaires à la réalisation de projets sur la frontière franco-luxembourgeoise.

Le GECT Alzette Belval sert de forum décisionnel qui réunit les différents niveaux des organes exécutifs impliqués dans ces projets, y compris les États français et luxembourgeois et les collectivités locales, avec une représentation égale. L'entité est dirigée par une présidence tournante, assurant son fonctionnement continu. Le GECT Alzette Belval s'est montré proactif dans l'identification et la résolution de plusieurs défis dans le secteur de la santé, dont l'un est lié aux hospitalisations à domicile et aux services de soins infirmier à domicile pour les patients qui vivent en France mais qui ont reçu des soins dans un hôpital au Luxembourg.

### **2.2 Aperçu des défis juridiques de l'hospitalisation à domicile**

Les patients concernés dans cette affaire sont des patients qui ont reçu des soins dans un hôpital au Luxembourg et qui souhaitent poursuivre les soins, y compris les soins de fin de vie, à domicile.

En France, un patient qui a reçu des soins dans un hôpital peut, à sa demande et après validation médicale, poursuivre ses soins à domicile. Dans ce cas, l'hôpital «vient à domicile » et une équipe hospitalière dédiée à «l'hospitalisation à domicile» prend en charge les soins avec tout le matériel nécessaire (moniteurs, pompes à perfusion, perfusions, etc.). Les équipes d'hospitalisation à domicile envoient des infirmières de l'hôpital, ou contractent avec des infirmières libérales indépendantes qui

fournissent les soins à domicile du patient en son nom, le médecin de l'hôpital restant responsable du plan de soins global du patient.

Cependant, sur le territoire français d'Alzette Belval, les hôpitaux français qui proposent l'hospitalisation à domicile ne sont pas locaux. L'hôpital de Metz-Thionville se trouve à environ 30 minutes en voiture, tandis que l'hôpital universitaire de Nancy est à plus d'une heure et demie de route. Cela pourrait signifier 1 heure 30 de route, dans un seul sens, pour l'équipe de l'hôpital à domicile située dans un hôpital français pour un patient de la partie française de la région d'Alzette Belval. L'hôpital le plus proche pour ces patients, et en fait l'hôpital dans lequel des soins hospitaliers ont été dispensés, se trouvant au Luxembourg, à Esch-sur-Alzette. Le patient vivant du versant français de cette région frontalière souhaitera donc recevoir des soins d'hospitalisation à domicile en France sous la supervision de l'hôpital luxembourgeois, ce qui présente toutefois plusieurs problèmes juridiques, comme indiqué ci-dessous.

#### **a) L'hospitalisation à domicile ne relève pas de la législation européenne sur les soins transfrontaliers**

Une personne vivant dans l'UE et bénéficiant d'une couverture de sécurité sociale couvrant les soins de santé dispose de trois voies différentes pour recevoir des soins de santé transfrontaliers dans l'UE et être remboursée par les régimes publics d'assurance maladie. Elle peut se faire soigner selon les règles et principes établis par les règlements de coordination de la sécurité sociale (règlement (CE) no 883/2004 et règlement d'exécution no 987/2009), la directive 2011/24/UE relative aux soins de santé transfrontaliers, ainsi que des accords bilatéraux/multilatéraux ou la législation nationales.

La directive 2011/24/UE relative aux soins de santé transfrontaliers prévoit des soins transfrontaliers pour les ressortissants de l'UE, les ressortissants des États de l'Espace économique européen (Islande, Liechtenstein et Norvège), les réfugiés et les apatrides résidant dans un État membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, qui sont ou ont été soumis à la législation d'un ou de plusieurs États membres, ainsi qu'aux membres de leur famille et leurs survivants.

La directive couvre les soins de santé programmés dispensés dans un État membre autre que l'État membre d'affiliation, ainsi que la prescription et la délivrance de médicaments et de dispositifs médicaux lorsqu'ils sont fournis dans le cadre d'un service de santé. Elle vise principalement les soins ambulatoires qu'un patient peut généralement se déplacer pour recevoir sans autorisation préalable dans son État d'origine. Dans certains cas, une telle autorisation préalable peut être requise, notamment pour les soins qui nécessitent au moins une nuit d'hospitalisation. Le patient aura droit à un remboursement à hauteur du niveau auquel les soins auraient été remboursés s'ils avaient été reçus dans le pays d'origine (pays d'affiliation).

Cependant, il est clairement indiqué dans la directive que: *La présente directive ne devrait pas s'appliquer aux services dont l'objectif premier est d'aider les personnes ayant besoin d'une assistance dans l'accomplissement des tâches routinières de la vie quotidienne. Plus précisément, la présente directive ne devrait pas s'appliquer aux services de soins de longue durée jugés nécessaires pour permettre à la personne nécessitant des soins de mener une vie aussi complète et autodéterminée que possible. Ainsi, la présente directive ne devrait pas s'appliquer, par exemple, aux services de soins de longue durée fournis par les services de soins à domicile, dans les centres d'aides à la vie autonome et dans les maisons de repos (considérant 14).*

Cette question est traitée à l'article 3, point a), qui prévoit : « *les services dans le domaine des soins de longue durée dont l'objectif est d'aider les personnes ayant besoin d'aide dans l'accomplissement de tâches routinières de la vie quotidienne* ».

Lors des entretiens avec les parties prenantes de la région, il a souvent été dit qu'en raison du considérant 14 et de l'article 3 (a), la directive n'est pas applicable à la couverture de l'hospitalisation

à domicile. Il n'est toutefois pas certain que ce soit nécessairement le cas. L'exemple fourni au considérant 14 est clairement celui des services de soins d'assistance. Il est possible que l'hospitalisation à domicile soit considérée comme un service médical relevant de la directive, au même titre que la visite d'une infirmière fournissant des services dans un centre de soins ambulatoires.

Les règlements sur la coordination de la sécurité sociale prévoient que les patients peuvent se rendre dans un autre pays de l'UE pour recevoir des soins autorisés par leur médecin dans le pays d'affiliation. L'article 20, paragraphe 2, précise que : *L'autorisation est accordée lorsque les soins en question figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'Etat membre où réside l'intéressé et qu'ils ne peuvent lui être dispensés dans un délai médicalement justifié, compte tenu de son état de santé actuel et de l'évolution probable de sa maladie.*

Il faut noter ici que le règlement précise que les soins accessibles dans l'État de résidence doivent faire partie du paquet de prestations prévues dans l'État d'affiliation. Comme les soins d'hospitalisation à domicile ne sont généralement pas prévus dans le paquet de prestations au Luxembourg, il sera difficile pour un assureur luxembourgeois de délivrer une autorisation pour de tels soins en France. L'assureur français pourrait techniquement délivrer une telle autorisation pour l'hospitalisation à domicile au Luxembourg, mais si le système de soins de santé n'est pas organisé pour inclure ce type de soins, il est difficile de voir comment cela pourrait être exécuté. Certaines régions frontalières de l'UE ont conclu des accords bilatéraux entre les régions frontalières de plusieurs pays afin de répondre aux besoins particuliers de l'accès des frontaliers aux soins de santé. Quelques exemples sont présentés à la section 4 ci-dessous, qui pourraient servir d'exemples pour relever les défis de l'hôpital à domicile dans la région d'Alzette Belval.

#### **b) La législation européenne n'aborde pas les soins transfrontaliers**

Pour qu'une équipe médicale luxembourgeoise puisse fournir des services d'hospitalisation à domicile à un patient en France, le personnel et le matériel médical doivent traverser la frontière. Il est à la fois juridiquement et organisationnellement difficile pour une équipe d'infirmières communautaires du côté français (qui remplace l'équipe hospitalière française en cas d'hospitalisation à domicile planifiée par un hôpital français) de prodiguer des soins en France parce qu'elles ne font pas partie du système de santé luxembourgeois et ne sont donc pas sous la supervision des médecins de l'hôpital luxembourgeois. La question clé ici est que ni la législation de l'UE ni la législation nationale n'ont prévu le franchissement de la frontière pour les soins et le matériel, car le concept de soins transfrontalier tel qu'il est prévu dans la législation repose sur le fait qu'un patient se rend dans un pays pour y recevoir des soins.

#### **c) L'hospitalisation à domicile n'est pas dans la nomenclature luxembourgeoise de soins et de remboursement**

En France, les services de soins infirmiers à domicile sont généralement accessibles aux personnes âgées de plus de 60 ans ou aux personnes handicapées, ainsi qu'à toutes les personnes ayant besoin de soins infirmiers dans le cadre d'un suivi médical particulier (après une opération ou une intervention chirurgicale notamment). Il s'agit d'infirmières libérales de proximité dont les soins sont fournis sur la base d'une prescription délivrée par le médecin traitant. En revanche, le Luxembourg ne pratique pas l'hospitalisation à domicile de manière courante. En conséquence, les processus et les plans de soins pour ces soins ne sont pas établis dans le système luxembourgeois et ne dispose pas de nomenclature de soins standards et de codes de remboursement comme c'est le cas en France.

#### **Résumé:**

- L'hospitalisation à domicile n'est pas remboursable en vertu de la directive si le patient est assuré au Luxembourg mais réside en France (ou vice versa), car les soins à domicile ne sont pas couverts par la directive.

- L'hospitalisation à domicile ne peut pas être prescrite en tant que service par un médecin luxembourgeois pour un patient résidant en France (ou vice versa), car la directive ne couvre que la prescription de médicaments et de dispositifs médicaux, et non les soins. Il serait toutefois intéressant de vérifier si la prescription d'un appareil, comme une pompe à perfusion, serait couverte même si l'utilisation de l'appareil exige le soutien d'une infirmière. Cette question n'a pas été testée légalement à l'heure actuelle.
- L'hospitalisation à domicile ne peut pas être autorisée en vertu du règlement pour un patient assuré au Luxembourg et résidant en France, car l'hospitalisation à domicile ne fait pas partie de l'offre de soins luxembourgeoise et ne dispose donc d'aucune nomenclature ni code de remboursement applicables.
- Les services de soins hospitaliers à domicile fournis par des professionnels de la santé enregistrés dans un pays et dispensant des soins de santé dans un autre pays ne peuvent pas être pris en compte dans le cadre du règlement ou de la directive, car ces deux textes législatifs sont axés sur la mobilité du patient, et non sur celle du professionnel fournissant des services.
- L'hospitalisation à domicile pourrait être incluse dans les accords bilatéraux, mais de nouveaux modèles de paiement direct ou de remboursement devraient être établis.

Ces questions sont examinées plus en détail à la section 3 ci-dessous.

### **3. Un examen plus approfondi des dispositions juridiques/administratives à l'origine des obstacles à l'hospitalisation à domicile**

#### **3.1 Absence de terminologie commune entre la France et le Luxembourg**

Il existe une différence notable entre la France et le Luxembourg en matière d'hospitalisation à domicile. Il est apparu au cours des entretiens avec les représentants des autorités nationales des deux côtés de la frontière, qu'ils n'utilisaient pas le même vocabulaire et qu'ils avaient donc des difficultés à se comprendre.

L'hospitalisation à domicile est un parcours de soins bien établi en France. Lorsque les soins sont dispensés dans un hôpital, le médecin de l'hôpital peut établir un protocole de soins en dehors de l'hôpital, dans lequel le médecin généraliste et les infirmières de l'hôpital fournissent des services de soins continus au patient à domicile<sup>1</sup>. Ce protocole est approuvé par une organisation uniquement responsable de ces services, qui a son propre caractère juridique et administratif. Ce parcours de soins est cependant pratiquement inexistant au Luxembourg. Les hôpitaux luxembourgeois offrent des soins hospitaliers et ambulatoires, mais ils n'offrent pas de forfait de soins équivalent au modèle français d'hospitalisation à domicile, à l'exception des patients souffrant de certaines affections de longue durée nécessitant des soins infirmiers à domicile.

Les services de soins infirmiers à domicile sont définis en droit français comme des services destinés aux personnes âgées de plus de 60 ans ou aux personnes handicapées, ainsi qu'à toutes les personnes ayant besoin de soins infirmiers dans le cadre d'un suivi médical particulier (après une opération ou une intervention chirurgicale en particulier). Dans ce cas, les infirmières libérales de proximité interviennent sur ordonnance et fourniront des soins à domicile pour un suivi quotidien.

---

<sup>1</sup> Elle est régie par les articles L-6122-1, L-6123-1 et R-6122-25 du code de la santé publique et par son article R-6123-139 qui dispose ce qui suit:

«L'activité d'hospitalisation à domicile a pour objet d'assurer au domicile du patient, 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». Il est également réglementé par un Décret no 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile

Il est à noter qu'au Luxembourg, ces cas relèveront très probablement du régime de dépendance défini par le livre V du code de la sécurité sociale luxembourgeois<sup>2</sup>, qui est détaillé ci-dessous. Il convient toutefois de noter que les infirmières qui fournissent ces services de soins à domicile au Luxembourg sont désormais autorisées à fournir des services de soins et des interventions au même niveau que les infirmières fournissant des services d'hospitalisation à domicile en France<sup>3</sup>.

Comme le vocabulaire et la nomenclature ou les codes de remboursement utilisés dans les deux pays sont différents, cela suggère que les deux pays peuvent avoir des interprétations différentes de ce qui constitue l'hospitalisation à domicile et les services de soins infirmiers à domicile. En outre, les services qui peuvent être fournis sous ces différentes terminologies sont réglementés d'une manière différente en France et au Luxembourg.

### **3.2 Différents cadres juridiques nationaux**

En France, l'hospitalisation à domicile est réglementée par la loi. Elle est définie comme un ensemble de prestations médicales et paramédicales fournies à domicile à des patients ayant des besoins de soins complexes, pour lesquels une hospitalisation en milieu hospitalier traditionnel n'est pas appropriée. Pour pouvoir être hospitalisé à domicile en France, trois conditions doivent être remplies. Tout d'abord, les soins nécessaires peuvent être dispensés à domicile. Deuxièmement, le patient et/ou sa famille doivent accepter l'hospitalisation à domicile. Troisièmement, les conditions de résidence doivent permettre la prestation de soins.<sup>4</sup>

Une évaluation de la situation du patient est effectuée par une équipe de soins afin de s'assurer de la faisabilité des soins et de déterminer les besoins en infrastructure des soins prévus, tels qu'un lit spécial ou une pompe à perfusion. L'hôpital ou un fournisseur de services livre l'équipement nécessaire au domicile du patient. Il est important de noter que l'hospitalisation à domicile n'est pas limitée à un groupe d'âge particulier et qu'elle est disponible pour les patients de tous âges, y compris les enfants, les adolescents et les adultes. Une convention de partenariat entre un établissement d'hospitalisation à domicile et un service de soins infirmiers à domicile ou un service polyvalent d'aide et de soins à domicile peut faciliter la prise en charge conjointe des soins. En outre, le patient doit résider dans une zone géographique couverte par une organisation d'hospitalisation à domicile.<sup>5</sup>

Les prestations d'hospitalisation à domicile sont remboursées par l'assurance maladie française. La décision de fournir l'hospitalisation à domicile est prise par le médecin traitant ou le médecin hospitalier et fait l'objet d'une autorisation de l'assurance maladie française. Lorsque l'initiative vient d'un médecin de l'hôpital, l'accord du médecin traitant du patient est toujours recherché. En effet, c'est ce dernier qui planifie le projet de soins en coordination avec l'équipe de soins de l'établissement. Dans de tels cas, le médecin traitant et le médecin hospitalier du patient collaborent pour organiser les soins à domicile. L'infrastructure et l'équipement hospitaliers sont intégrés au domicile du patient et le coût de ces soins est remboursé.

Au Luxembourg, selon les entretiens menés avec des délégués du ministère de la Santé et du ministère de la Sécurité sociale, l'hospitalisation à domicile n'est généralement pas possible. Les services médicaux ne sont fournis aux patients que dans le cadre d'une hospitalisation ou de soins

---

<sup>2</sup> Code de la sécurité sociale luxembourgeoise, disponible sur <https://www.secu.lu/assurance-dependance/livre-v/chapitre-i-objet-de-lassurance/>

<sup>3</sup> Cela découle d'entretiens avec les représentants de l'hôpital d'Esch-sur-Alzette et du ministère

<sup>4</sup> Code de la santé publique française, articles R-6121-4, D-6124-306 à D6124-312. Arrêté du 1er juin 2018 fixant la durée de la prise en charge minimale par le service de soins infirmiers à domicile ou le service polyvalent d'aide et de soins à domicile permettant une intervention conjointe avec un établissement d'hospitalisation à domicile. Décret no 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile.

<sup>5</sup> Ibid



ambulatoires. Au Luxembourg, les patients devront donc généralement revenir à l'hôpital pour leur suivi, alors qu'en France, ces services peuvent être livrés à domicile. Au Luxembourg, dans certains cas spécifiques, tels que les patients souffrant de maladies mentales ou de handicaps d'une durée d'au moins six mois, les services de soins infirmiers sont dispensés à domicile.

Ceci est régi par le livre V du code de la sécurité sociale luxembourgeois,<sup>6</sup> qui stipule à l'article 347, premier alinéa, de ce Livre V que :

*«L'assurance dépendance a principalement pour objet, dans les limites fixées par le présent livre, la prise en charge par des prestations en nature, des aides et soins à la personne dépendante fournis intégralement ou partiellement dans le cadre d'un maintien à domicile ou d'un établissement d'aides et de soins ainsi que des aides techniques et des adaptations du logement.».*

L'article 348 définit ensuite qui peut être qualifié de personne à charge en indiquant que : *« Est considérée comme dépendance au sens du présent livre, l'état d'une personne qui par suite d'une maladie physique, mentale ou psychique ou d'une déficience de même nature a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie. ».*

Ces personnes à charge peuvent bénéficier de services de soins infirmiers et d'une assistance spécifique pour leurs activités quotidiennes. Les services sont fournis par des prestataires de services et de soins réglementés et agréés et des fournisseurs de services infirmiers. Les services seront pris en charge par l'assurance dépendance qui est valable pour chaque personne affiliée au Luxembourg. Cela signifie que les patients qui ont besoin des soins médicaux ou de surveillance médicale continue, mais qui ne répondent pas aux critères stricts du livre V du Code de la sécurité sociale, ne pourront pas recevoir les soins dont ils ont besoin à domicile.

Cela pose également un problème d'interopérabilité entre la France et le Luxembourg. En effet, si l'hospitalisation à domicile est une pratique courante en France et figure dans la nomenclature française, elle n'existe pas au Luxembourg et n'est donc pas incluse dans la nomenclature. Ce manque d'uniformité dans l'organisation de l'offre de soins et dans la nomenclature pose un problème considérable aux patients nécessitant une hospitalisation à domicile en France et qui peuvent se retrouver sans accès à ce service lors de leur première hospitalisation au Luxembourg.

Les différences de vocabulaire utilisées de part et d'autre de la frontière franco-luxembourgeoise et les différences dans leurs cadres juridiques respectifs sont même à l'origine de malentendus entre les autorités nationales françaises et luxembourgeoises, car les services de soins infirmiers sont couverts par le livre V du code de la sécurité sociale luxembourgeois et remboursés conformément à ces dispositions, alors que l'hospitalisation à domicile n'est pas du tout prise en charge.

### **3.3 Les soins de santé transfrontaliers dans le cadre juridique européen**

On parle de soins de santé transfrontaliers lorsqu'une personne cherche à obtenir des soins médicaux dans un pays différent de son pays d'affiliation. Pour réglementer ce processus, l'Union européenne a créé les règlements sur la coordination de la sécurité sociale — le règlement (CE) no 883/2004 et le règlement d'exécution (CE) no 987/2009.

#### **a) Directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers**

Les règlements ont toutefois été jugés inadaptés aux soins ambulatoires, ce qui a donné lieu à plusieurs affaires soulevées par des patients et traitées par la Cour de justice de l'Union européenne. Il s'agit

---

<sup>6</sup> Code de la sécurité sociale luxembourgeoise, disponible sur [https://www.secu.lu/assurance- dépendance/livre-v/chapitre-i-objet-de-lassurance/](https://www.secu.lu/assurance-dependance/livre-v/chapitre-i-objet-de-lassurance/)

notamment des affaires Kohll et Decker<sup>7</sup>, qui ont établi le principe selon lequel les citoyens de l'Union ont le droit de se faire soigner dans d'autres États membres et de recevoir le remboursement des frais sous certaines conditions; et de l'affaire Smits<sup>8</sup>, qui a précisé que le droit de se faire soigner dans un autre État membre s'étendait également aux soins de santé planifiés. L'affaire *Peerbooms*<sup>9</sup> a ensuite établi le principe selon lequel l'autorisation préalable de soins de santé transfrontaliers ne peut pas être systématiquement refusée et doit être évaluée au cas par cas, tandis que l'affaire *Watts*<sup>10</sup> a confirmé l'importance de veiller à ce que les soins de santé transfrontaliers soient accessibles à tous, quelle que soit leur situation financière.

La directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en situation transfrontière<sup>11</sup> codifie et clarifie la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne dans l'affaire susmentionnée. La directive ne traite pas uniquement des droits au remboursement, mais introduit également un certain nombre de mesures d'accompagnement importantes pour aider les patients à utiliser ces droits dans la pratique. Il existe désormais un ensemble minimal d'exigences qui s'appliquent à tous les soins de santé dispensés aux patients dans l'UE. Ces exigences concernent la transparence, l'information des patients, la sécurité et la qualité des soins.

La directive prévoit que les patients qui ont droit à un service de santé particulier dans le cadre du système de santé légal dans leur pays d'origine — État membre d'affiliation — ont généralement aussi le droit d'être remboursé s'ils choisissent de bénéficier de ce traitement dans un autre État membre. La directive s'applique aux soins dispensés par les établissements de soins de santé du secteur privé ou public. La directive exige que le patient reçoive généralement le même niveau de remboursement que si le traitement avait été reçu dans l'État membre d'affiliation. Toutefois, le niveau de remboursement ne peut jamais dépasser les coûts réels des soins de santé reçus, même si un montant plus élevé aurait été remboursé si les soins avaient été dispensés dans l'État membre d'affiliation.

La directive permet aux États membres d'adopter des règles qui obligent les patients à demander une autorisation préalable pour certains types de traitements. Cette autorisation préalable est limitée aux traitements nécessitant au moins une nuit à l'hôpital ou aux traitements nécessitant un équipement ou une infrastructure médicale hautement spécialisée ou coûteuse. L'autorisation préalable peut être refusée dans certaines circonstances, la plus importante étant que le traitement demandé n'est pas inclus dans le «panier de soins» de l'État membre d'affiliation. Les États membres ne sont tenus de rembourser les soins de santé transfrontaliers en vertu de la directive que si ces soins font partie des prestations auxquelles le patient a droit dans l'État membre d'affiliation. En outre, si le traitement peut être proposé au patient dans l'État membre d'affiliation dans un délai médicalement justifiable ou si des risques particuliers pour le patient ou la population générale ont été identifiés, l'autorisation préalable peut également être refusée.

Outre les motifs de refus d'autorisation préalable exposés ci-dessus, l'article 4, paragraphe 3, de la directive donne aux États membres la possibilité d'adopter des mécanismes spéciaux pour limiter l'accès aux prestataires publics ou privés aux citoyens de l'extérieur de leur territoire, lorsque ces mécanismes sont nécessaires et proportionnés pour s'acquitter de sa responsabilité fondamentale

---

<sup>7</sup> CJCE, Raymond Kohll c. Union des caisses de maladie, affaire du 28 avril 1998, C-158/96. CJCE, Nicolas Decker c. Caisse de maladie des employés privés, affaire du 28 avril 1998, C-120/95.

<sup>8</sup> CJCE, B.S.M. Geraets-Smits c. Stichting Ziekenfonds VGZ et H.T.M. Peerbooms c. Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, affaires du 12 juillet 2001, C-157/99.

<sup>9</sup> CJCE, B.S.M. Geraets-Smits c. Stichting Ziekenfonds VGZ et H.T.M. Peerbooms c. Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, affaires du 12 juillet 2001, C-157/99.

<sup>10</sup> CJCE, Yvonne Watts c. Bedford Primary Care Trust et Secretary of State for Health, affaire du 16 mai 2006, C-327/04.

<sup>11</sup> Directive (UE) no 2011/24 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, J.O., L 88/45, 4 avril 2011, disponible à l'adresse <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&from=EN>.

d'assurer un accès suffisant et permanent aux soins de santé sur leur territoire. Toutefois, dans la pratique, très peu d'États membres ont eu recours à cette disposition.

Il convient toutefois de noter que la directive a été élaborée principalement pour traiter les cas de remboursement des soins reçus dans un État membre autre que l'État d'affiliation pour lequel aucune autorisation préalable n'est requise, c'est-à-dire que l'autorisation préalable est l'exception et non la règle.

Cependant, la majorité des États membres a choisi d'introduire un système d'autorisation préalable (ce qui est le cas pour le Luxembourg)<sup>12</sup> pour les soins de santé qui impliquent un séjour hospitalier d'une nuit ou nécessitent l'utilisation d'infrastructures médicales ou d'équipements médicaux hautement spécialisés et de coûteux. Il convient toutefois de noter que, malgré le fait que la directive prévoit la possibilité d'exiger une autorisation préalable, la directive prévoit également que les demandes de remboursement pour les soins dispensés dans un État membre autre que l'État membre d'affiliation ne peuvent pas être rejetées sans raison valable.

Il convient toutefois de noter que le considérant 14 de la directive prévoit que *«la présente directive ne devrait pas s'appliquer aux services dont l'objectif premier est d'aider les personnes ayant besoin d'une assistance dans l'accomplissement de tâches courantes et quotidiennes. Plus précisément, la présente directive ne devrait pas s'appliquer aux services de soins de longue durée jugés nécessaires pour permettre à la personne ayant besoin de soins de vivre une vie aussi complète que possible.»*

*Par conséquent, la présente directive ne devrait pas s'appliquer, par exemple, aux services de soins de longue durée fournis par les services de soins à domicile, dans les centres d'aide à la vie autonome et dans les maisons ou les logements résidentiels (« maison de repos »).* Cette exclusion des services de soins de longue durée du champ d'application de la directive constitue un obstacle important pour les soins de santé transfrontaliers, en particulier pour les personnes qui ont d'abord été hospitalisées au Luxembourg et qui ont ensuite besoin d'une hospitalisation à domicile ou de services de soin infirmiers à domicile, tels que définis en France.

Cette situation est encore compliquée par le considérant 16 et l'article 11 de la directive, qui dispose que *«Aux fins de remboursements des coûts des soins de santé transfrontaliers, la présente directive devrait couvrir non seulement la situation dans laquelle le patient bénéficie de soins de santé dans un État membre autre que l'État membre d'affiliation, mais aussi à la prescription, la dispense et la fourniture de médicaments et les dispositifs médicaux lorsque ceux-ci sont fournis dans le cadre d'un service de santé. La définition des soins de santé transfrontaliers devrait couvrir à la fois la situation dans laquelle un patient achète ces médicaments et dispositifs médicaux dans un État membre autre que l'État membre d'affiliation et la situation dans laquelle le patient achète ces médicaments et dispositifs médicaux dans un autre État membre que celui où la prescription a été délivrée» (considérant 16) et à l'article 11 « Si un médicament est autorisé à être mis sur le marché sur leur territoire, conformément à la directive 2001/83/CE ou au règlement (CE) no 726/2004, les États membres veillent à ce que les prescriptions établies pour un tel médicament dans un autre État membre pour un patient désigné puissent être dispensées sur leur territoire conformément à leur législation nationale en vigueur [...]. Le présent paragraphe s'applique également aux dispositifs médicaux qui sont légalement mis sur le marché dans l'État membre concerné.»*

Ainsi, alors qu'un patient résidant en France qui a reçu des soins hospitaliers au Luxembourg et qui souhaite rentrer chez lui dans le cadre de l'hospitalisation à domicile pourrait s'appuyer sur le

---

<sup>12</sup> Cette information a été donnée par le représentant du ministère luxembourgeois de la Sécurité sociale qui a expliqué que le patient affilié au Luxembourg mais résidant en France pouvait être remboursé pour les soins reçus en France sur la base du formulaire S1.

considérant 16 de la directive pour la reconnaissance d'une prescription luxembourgeoise d'un produit (médicament ou dispositif), il semble qu'il soit exclu de chercher à obtenir l'exécution d'une prescription de prestation de service. Ainsi, même si les soins n'étaient pas exclus par le considérant 14, le fait que l'article 16 traite des prescriptions de produits physiques constitue un obstacle supplémentaire.

### b) Règlement (CE) no 883/2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale

Les prestations prévues par la directive existent parallèlement aux prestations prévues par le règlement (CE) no 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale<sup>13</sup>. Les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 sont définies dans le règlement (CE) no 987/2009.<sup>14</sup> En conséquence, les deux textes législatifs sont ci-après dénommés collectivement «les règlements».

L'objectif des règlements est de garantir qu'un patient «visiteur», qui reçoit un traitement dans un membre de l'UE autre que celui dans lequel il est assuré, est traité dans les mêmes conditions que les patients «à domicile». Cela signifie que toutes les personnes affiliés à un régime public d'assurance maladie d'un État membre de l'UE, d'un État membre de l'Espace économique européen (Islande, Liechtenstein et Norvège) ou de la Suisse, peut recevoir un traitement dans un autre pays de l'UE ou de l'EEE, aux frais du régime public d'assurance auquel elle est affiliée. Des modalités spécifiques sont définies dans le règlement, dont la plus importante est peut-être que les soins dispensés à l'étranger ne seront couverts que si ces soins sont également couverts dans le pays d'origine et qu'une autorisation préalable d'accès aux soins doit être obtenue.

Cela crée le principal obstacle à la réglementation qui réside dans le système d'autorisation préalable. Si un patient résidant en France et travaillant au Luxembourg (donc affilié au Luxembourg) souhaite être hospitalisé à domicile ou bénéficier de services de soins infirmiers à domicile, il doit obtenir une autorisation préalable puisque le concept (et la nomenclature) de l'hospitalisation à domicile n'existe pas au Luxembourg et que les soins infirmiers ne peuvent être fournis que par des infirmières et des professionnels de santé agréés qui sont des employés hospitaliers «conventionnés» au sens Luxembourgeois, tandis qu'en France, les soins infirmiers sont assurés par des infirmières de proximité.

Dans le cas du Luxembourg, il est clair que seule une gamme étroite de services de santé est couverte, comme le montrent les catégories énumérées dans le formulaire de demande d'autorisation préalable de l'assureur luxembourgeois pour les soins dans un autre État membre de l'UE :

* 5) Nature du traitement	Date prévue du début (si connue)	* Durée probable
<input type="checkbox"/> consultation	.....	<input type="checkbox"/> jour(s) <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> examen spécial (imagerie, biologie, électrophysiologie, etc.)	.....	<input type="checkbox"/> jour(s) <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> traitement ambulatoire	.....	<input type="checkbox"/> jour(s) <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> traitement stationnaire	.....	<input type="checkbox"/> jour(s) <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> cure thermique	.....	<input type="checkbox"/> jour(s) <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> cure de convalescence	.....	<input type="checkbox"/> jour(s) <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois

*Extrait de CNS Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger*

<sup>13</sup> Règlement (CE) no 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 relatif à la coordination des systèmes de sécurité sociale, JO L 166, 30 avril 2004, p. 1-123.

<sup>14</sup> 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 coordination

### **c) Directive ou règlement ?**

Afin de comprendre pourquoi les patients peuvent choisir de demander des soins en vertu du règlement ou de la directive, il est important de comprendre les principales similitudes et différences entre les deux :

- Le règlement et la directive s'appliquent aux soins de santé planifiés et non planifiés.
- En vertu des règlements, une autorisation préalable est généralement requise pour recevoir un traitement planifié dans un autre État membre. Le document à obtenir certifiant l'autorisation préalable en vertu du règlement est connu sous le nom de Portable Document S2.
- En vertu de la directive, l'exigence d'une autorisation préalable n'est pas la règle. Conformément à l'article 8, paragraphe 1, de la directive, l'État membre d'affiliation peut toutefois mettre en place un système d'autorisation préalable pour certains types de soins de santé transfrontaliers.
- La directive couvre tous les prestataires, y compris les prestataires privés (non conventionnés), tandis que les règlements n'imposent aucune obligation aux États membres en ce qui concerne le traitement accordé par des prestataires ne relevant pas du système public.
- En vertu des règlements, le remboursement des soins de santé reçus dans un État membre qui n'est pas l'État d'affiliation est effectué conformément à la législation et aux tarifs de l'État membre où le traitement a lieu.
- En vertu de la directive, le remboursement est effectué conformément à la législation et aux tarifs de l'État membre d'affiliation.
- La directive exige que les patients paient d'avance le prestataire de soins étranger, tandis que les règlements organisent le remboursement entre les institutions compétentes, à l'exception du co-paiement existant dans l'État membre de traitement.

Les points ci-dessus indiquent que, dans la pratique, les soins planifiés et non planifiés peuvent souvent être fournis de manière plus favorable en vertu des règlements. Par conséquent, les patients choisiront souvent de recevoir des soins dans un autre État membre en vertu des dispositions réglementaires plutôt que de la directive, car cela signifie qu'ils n'ont pas à effectuer de paiement anticipé et à demander un remboursement par la suite.

Cette question est reconnue dans la directive, qui prévoit que la directive s'applique sans préjudice des règlements et en application cohérente avec ceux-ci. Par conséquent, lorsque les conditions du règlement sont remplies, le traitement devrait être administré en vertu du règlement, à moins qu'un patient (qui a été pleinement informé de ses droits) n'en demande autrement.

Il convient également de noter que les règlements et la directive ne sont pas les seuls moyens par lesquels des soins peuvent être fournis dans un autre État membre. Plusieurs États membres ont adopté des procédures parallèles bilatérales et multilatérales (accords portant sur des domaines particuliers de la médecine et accords bilatéraux entre hôpitaux) pour répondre aux besoins particuliers en matière de soins dans leur pays. L'impact de ces procédures parallèles sur la prestation de soins de santé transfrontaliers ne doit pas être sous-estimé.

## **4. Description des solutions possibles**

Les sections précédentes ont exploré la législation transfrontalière en matière de soins de santé et les obstacles qui empêchent les patients français hospitalisés au Luxembourg de poursuivre leur parcours de soins par l'hospitalisation à domicile ou de services de soins infirmiers à domicile en France. Il est donc essentiel d'aborder cette question en plaidant en faveur d'une modification de la législation, ou du moins de son interprétation, afin que ces patients aient accès aux soins dont ils ont besoin et qu'ils puissent les recevoir dans le cadre qui répond le mieux à leurs besoins.

Les sections suivantes énumèrent les actions qui pourraient être déployées aux niveaux national et régional pour lever les obstacles à un parcours de soins fluide et axé sur le patient.

#### **4.1 Vérifier la validité de l'interprétation de l'article 3 et du considérant 14 de la directive**

La directive sur les soins de santé transfrontaliers comprend le considérant 14 et l'article 3, qui excluent les soins de longue durée et les services de soins à domicile. Dans nos échanges avec les acteurs locaux, cela a été interprété comme signifiant que les services de l'hôpital à domicile ne pouvaient pas être remboursés au titre de la directive. Il n'a toutefois pas été testé vérifier juridiquement si cette interprétation de la directive est correcte.

Bien que le considérant 14 fasse référence aux soins dispensés dans les maisons de repos et aux services généraux en matière d'aide à la vie autonome, on pourrait faire valoir que ceux-ci sont très différents des services médicaux fournis par les infirmières dans le modèle français d'hospitalisation à domicile, qui sont des services cliniques ordonnés par des médecins. Il est important de le lire dans le contexte de l'article 2 et de l'article 3, point a), qui énoncent:

*Article 2 La présente directive s'applique à la prestation de soins de santé aux patients, indépendamment de la manière dont ils sont organisés, dispensés et financés.*

*Article 3. La présente directive ne s'applique pas:*

- (a) aux services dans le domaine des soins de longue durée dont l'objectif est d'aider les personnes ayant besoin d'une assistance dans l'accomplissement de tâches courantes de la vie quotidienne;*

On pourrait donc soutenir que, lorsqu'un ensemble de soins similaire à celui de l'hospitalisation à domicile fait partie des prestations qu'un patient pourrait recevoir au Luxembourg (bien que sous un nom différent), ces soins pourraient être interprétés comme relevant de l'article 2 et pourraient être remboursés. Il pourrait être utile pour la communauté dans son ensemble que le GECT Alzette Belval explore cette question avec des avocats locaux et de porter une affaire devant les tribunaux. Cette ligne d'action ne pourrait toutefois être utile que si l'on pouvait démontrer qu'un service similaire à celui de l'hospitalisation à domicile est inclus dans le système d'assurance public luxembourgeois, étant donné que l'article 7 de la directive prévoit clairement que *l'État membre d'affiliation assure le remboursement des frais supportés par un assuré qui reçoit des soins transfrontaliers, si les soins de santé en question figurent parmi les prestations auxquelles l'assuré a droit dans l'État membre d'affiliation.*

L'article 168, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, qui invite l'UE et les États membres à encourager la coopération entre les États membres afin d'améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les zones transfrontalières, constitue un fondement juridique essentiel de cet argument. On pourrait donc soutenir que, dans les régions frontalières et, plus généralement, l'interprétation des soins transfrontaliers devrait être élargie pour inclure le mouvement des soins, et ne pas se limiter aux patients qui ont la capacité de traverser la frontière pour recevoir des soins.

#### **4.2 Autoriser la prescription transfrontière de services de soins en vertu de la directive sur les soins transfrontaliers**

Le 12 mai 2022, la Commission européenne a publié son rapport sur le fonctionnement de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé

transfrontaliers.<sup>15</sup>

Dans son évaluation des résultats, la Commission écrit que la directive a été modérément efficace dans la réalisation de ses objectifs visant à faciliter l'accès à des soins de santé sûrs et de qualité dans un autre pays de l'UE et que le potentiel de la directive pour améliorer l'accès aux soins de santé transfrontaliers continue d'être entravé par certains problèmes. Il s'agit notamment du faible niveau de sensibilisation des patients aux droits en matière de soins de santé transfrontaliers; de l'insuffisance des informations fournies aux patients; des charges administratives disproportionnées; et l'incertitude quant aux coûts des soins de santé à l'étranger et à leur remboursement. L'une des principales conclusions est que la relation juridique complexe entre la directive et le règlement est trop difficile à comprendre pour le grand public et à communiquer aux patients pour les assureurs de santé.

L'un des éléments clés du rapport est la reconnaissance des prescriptions. Sur ce sujet spécifique, la Commission déclare ce qui suit:

«En vertu de l'article 11, paragraphe 1, de la directive, les États membres doivent s'assurer, sous certaines conditions, que les prescriptions de médicaments ou de dispositifs médicaux établies dans un autre État membre pour un patient déterminé puissent être délivrées sur leur territoire. La directive d'exécution 2012/52/UE<sup>16</sup> met en œuvre le principe de reconnaissance mutuelle des prescriptions. La Cour de justice a précisé que la directive (2011/24/UE) n'impose pas qu'un pharmacien reconnaisse les ordonnances délivrés par un professionnel de la santé dans un autre État membre qui ne contiennent pas le nom du patient concerné»<sup>17</sup>.

La conclusion de la Commission est que si la reconnaissance des prescriptions s'est considérablement améliorée, les patients continuent de rencontrer des problèmes liés à la reconnaissance de la prescription dans un autre pays de l'UE, principalement en raison de problèmes de vérification de l'authenticité et de la langue. Cela peut poser un problème pour un patient qui souhaite poursuivre ses soins à domicile en se soignant lui-même, mais comme la directive ne concerne que les médicaments et les dispositifs, elle n'aide pas guère un patient à exercer une prescription de soins infirmiers à domicile.

La France ou le Luxembourg pourraient donc prendre des mesures en vue d'adopter une décision bilatérale selon laquelle les prescriptions relatives aux services doivent être exécutées dans un autre État membre, ainsi que les prescriptions relatives aux médicaments et aux dispositifs.

On pourrait également faire valoir que l'hospitalisation à domicile est en fait une précipitation, en effet cela serait particulièrement pertinent lorsqu'un dispositif médical, tel qu'une pompe à perfusion, est prescrit, mais que l'utilisation de ce dispositif nécessite l'intervention d'une infirmière. Les soins à domicile, ou service de d'hospitalisation à domicile, pourraient donc être considérés comme faisant partie de la prescription des dispositifs. Là encore, le GECT Alzette Belval pourrait étudier la question avec les avocats locaux, y compris la possibilité d'un cas test.

---

<sup>15</sup> Rapport de la Commission au Parlement européen et au Conseil sur le fonctionnement de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, Bruxelles, 12.5.2022, COM(2022) 210 final, disponible chez <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=COM:2022:210:FIN#document2>

<sup>16</sup> Directive d'exécution 2012/52/UE de la Commission du 20 décembre 2012 établissant des mesures destinées à faciliter la reconnaissance des prescriptions médicales délivrées dans un autre État membre, JO L 356 du 22.12.2012, p. 68.

<sup>17</sup> CJUE, arrêt du 18 septembre 2019, VIPA, C-222/18, EU:C:2019:751, point 47.

### 4.3 Créer un vocabulaire commun normalisé

Comme expliqué précédemment, l'un des principaux obstacles à la continuité des soins entre les représentants des autorités nationales et locales est le fait que l'hospitalisation à domicile est très courante en France, alors qu'elle n'est pas utilisée comme définie en France dans la pratique des soins de santé au Luxembourg. En ce qui concerne les services de soins infirmiers à domicile, il y a une définition différente des deux côtés de la frontière, principalement parce que les services qui peuvent être rendus par une infirmière en dehors d'un hôpital diffèrent de la France au Luxembourg (les actes qu'une infirmière est en mesure de poser au Luxembourg étant beaucoup plus étroits qu'en France).

La solution à ce problème pourrait être l'élaboration d'une définition commune des termes «hospitalisation à domicile» et «services de soins infirmiers à domicile». En d'autres termes, on pourrait envisager à une normalisation des types de services pouvant être fournis dans le cadre de «l'hospitalisation à domicile» et des «services de soins infirmiers à domicile».<sup>18</sup>

Un autre élément important de ce processus de normalisation est la création des parcours de soins identiques pour «l'hospitalisation à domicile» et les «services de soins infirmiers à domicile» des deux côtés de la frontière. La majorité des professionnels de la santé que nous avons rencontrés ont souligné que, comme certains éléments manquaient dans la conception du parcours de soins de l'autre côté de la frontière, ce qui empêchait tous les acteurs du parcours du patient de se comprendre et de d'être en mesure d'organiser ce parcours.

La standardisation des éléments contenus dans les deux formulations pourrait également contribuer à créer un dialogue entre les professionnels de santé de part et d'autre de la frontière. Il a été fréquemment souligné, au cours des entretiens, que ce dialogue entre professionnels de la santé était quasi inexistant.

### 4.4 Développer des outils d'information pour les soins transfrontaliers

Comme mentionné ci-dessus, la Commission européenne a publié son rapport sur le fonctionnement de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers en 2022.<sup>19</sup>

Les points critiques du rapport, tels que le faible niveau de sensibilisation des patients aux droits des patients à des soins de santé transfrontaliers, l'insuffisance des informations sur les patients, les charges administratives disproportionnées, ainsi que l'incertitude quant aux coûts des soins de santé à l'étranger et à leur remboursement, pourraient être traités au moyen d'un manuel convivial à destination des patients. Un bon exemple d'une telle solution a été développé par la région du Rhin supérieur entre la frontière franco-allemande et la Suisse. Elle sert de modèle de bonne pratique en coopération entre les points de contact nationaux et les assureurs maladie afin de fournir des informations claires pour répondre aux besoins spécifiques des patients. Le projet TRISAN<sup>20</sup> coordonne les activités de mise en réseau dans le secteur de la santé et a récemment lancé une initiative récente visant à développer un outil d'information en ligne complet, le « Guide de Mobilité », qui pourrait

---

<sup>18</sup> Veuillez noter que la Commission européenne a reconnu l'importance de la normalisation dans l'intérêt du marché unique de l'Union européenne. En outre, le 2 février 2022, la Commission a présenté sa nouvelle stratégie de normalisation et son futur ajustement législatif au règlement relatif à la normalisation dans sa communication intitulée « Mise à jour de la nouvelle stratégie industrielle de 2020: Construire un marché unique plus fort pour la reprise de l'Europe »; Voir la communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions intitulée « Une stratégie de l'UE pour la normalisation établissant des normes mondiales à l'appui d'une Union unique résiliente, verte et numérique ». marché, Bruxelles, 2.2.2022, COM(2022) 31 final, disponible à l'adresse suivante : <https://ec.europa.eu/docsroom/documents/48598>

<sup>19</sup> Rapport de la Commission au Parlement européen et au Conseil sur le fonctionnement de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, Bruxelles, 12.5.2022, COM(2022) 210 final, disponible à l'adresse suivante : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=COM:2022:210:FIN#document2>

<sup>20</sup> plus de détails sont disponibles à l'adresse <https://www.trisan.org/english>



constituer un modèle utile à adapter et à reproduire dans la région d'Alzette Belval.

#### 4.5 Intégrer les solutions de santé numériques dans les soins transfrontaliers

La directive sur les soins de santé transfrontaliers traite clairement de la possibilité que les services de soins de santé numériques fassent partie des services couverts par les soins transfrontaliers. Les définitions figurant à l'article 3 contiennent les indications suivantes : «*État membre de traitement*»: *l'État membre sur le territoire duquel les soins de santé sont effectivement dispensés au patient. Dans le cas de la télémédecine, les soins de santé sont considérés comme étant dispensés dans l'État membre où le prestataire de soins est établi.* La directive a également créé le réseau eHealth, un comité informel chargé de conseiller la Commission européenne sur la santé numérique. Il s'est principalement concentré sur l'adoption de normes techniques et juridiques visant à promouvoir l'utilisation d'ePrescriptions (relevés électroniques) et de Sommaires des patients pour soutenir les soins transfrontaliers. Le réseau eHealth existe toujours, mais il est prévu qu'il soit remplacé par un nouveau comité officiel créé dans le cadre du projet de règlement européen sur l'espace des données de santé<sup>21</sup>, dont l'avènement est de bon augure pour une approche des soins transfrontaliers davantage axée sur le numérique.

Dans le contexte de l'hospitalisation à domicile, il existe de nombreuses possibilités de surveillance et d'assistance à distance des patients, qui pourraient compléter les soins infirmiers dispensés en personne. La France a déjà adopté plusieurs programmes de télésurveillance avec beaucoup de succès, dont un exemple figure dans le programme d'expérimentation de télémédecine pour l'amélioration des parcours de soins (ETAPES)<sup>22</sup>, qui a été officiellement créé en 2016 sur la base de la législation 2014<sup>23</sup> pour la stratégie nationale de financement de l'assurance maladie pour quatre maladies chroniques (ICC, insuffisance respiratoire chronique, insuffisance rénale chronique et diabète). Le programme ETAPES a été évalué comme réussi et a été remplacé le 31 décembre 2023 par le décret définissant le remboursement des activités de télésurveillance médicale via le nouveau cadre qui a été publié au Journal officiel de la République française. Il détermine les modalités d'évaluation des solutions numériques, d'inscription au remboursement, de modification des conditions d'inscription, de radiation et de facturation des activités de télésurveillance médicale, ainsi que les conditions de fixation des forfaits de remboursement.

L'adoption de la télémédecine, de la télésurveillance et des solutions de santé numérique en général devrait être introduite dans le domaine transfrontalier afin de permettre aux professionnels de la santé de fournir des soins par-delà les frontières d'une manière efficace afin de remédier à la désertification croissante des soins de santé dans les régions sous-peuplées, et de reconnaître qu'une population vieillissante exige de nouveaux modèles de soins.

#### 4.6 Adopter des accords spécifiques pour répondre aux besoins de soins transfrontaliers dans la région

Plusieurs Etats membres ont adopté des accords sur les soins transfrontaliers dans les régions frontalières qui répondent aux besoins spécifiques leur région. Il s'agit par exemple de la *Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers* (sous forme abrégée «ZOAST») ou de la mise en œuvre

---

<sup>21</sup> La proposition de règlement sur l'EHDS se trouve à l'adresse suivante: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52022PC0197>

<sup>22</sup> , Picard F, Barritault F, et al. Suivi à distance des patients pour l'insuffisance cardiaque chronique en France: Lorsqu'un programme de financement innovant (ETAPES) rencontre une solution innovante (Satelia® Cardio). SANTÉ NUMÉRIQUE. 2022;8. doi:10.1177/20552076221116774

<sup>23</sup> Loi no 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014; Arrêté du 6 décembre 2016 portant cahiers des charges des expérimentations parents à la prise en charge par télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi no 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014

d'un accord-cadre entre deux ou plusieurs pays.

Une ZOAST est souvent considéré comme une solution aux obstacles que rencontrent les résidents des régions frontalières lorsqu'ils recherchent des services de santé près de chez eux et au-delà des frontières nationales. Certaines zones frontalières sont en effet si proches les unes des autres — comme c'est le cas pour la région frontalière d'Esch-Sur-Alzette — que la population, les établissements de santé et les professionnels de santé expriment le souhait de développer la l'offre de soins transfrontaliers. Sept ZOAST ont déjà été établies le long des frontières franco-belge et franco-luxembourgeoise avec pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des patients frontaliers.<sup>24</sup> À cette fin, les dispositions administratives et financières pour le traitement des patients dans les hôpitaux des deux côtés de la frontière ont été simplifiées.

La création d'une ZOAST entre la France et le Luxembourg, plus particulièrement sur le territoire Alzette-Belval, permettrait aux résidents de cette région frontalière d'avoir accès aux services de santé de part et d'autre de la frontière. Cela serait particulièrement bénéfique pour les habitants des petites villes et villages près de la frontière, où les services de soins de santé de proximité peuvent être limités. Un ZOAST permettrait également à remédier à la pénurie de professionnels de la santé dans certaines régions, car les professionnels de la santé des pays voisins pourraient fournir des services dans la région.

Il semblerait que l'introduction d'un ZOAST pourrait potentiellement perturber les réseaux nationaux de soins communautaires existants<sup>25</sup>. Une solution possible consisterait à travailler sur des domaines spécifiques tels que l'hospitalisation à domicile sans perturber les réseaux de soins actuels. Cela nécessiterait des recherches approfondies pour définir ces réseaux et assurer leur bon fonctionnement. Dans ces réseaux, les médecins luxembourgeois et de la français seraient remboursés au même taux. Un exemple d'un tel réseau est celui créé par la convention MOSAR, qui opère entre la France et l'Allemagne.<sup>26</sup> Signée le 12 juin 2019, il s'agit d'un accord de santé entre la France et l'Allemagne qui vise à faciliter les soins de santé transfrontaliers et à améliorer l'accès aux soins pour les résidents de la région transfrontalière. Son objectif principal est de veiller à ce que les patients reçoivent les soins les plus appropriés dans un délai optimal, tout en tenant compte de leur état de santé. Cet accord permet aux habitants d'accéder au plateau médicotéchnique le plus proche et aux soins dans les domaines des urgences cardiaques, des urgences en cas de polytraumatisme et des soins neurochirurgicaux. Dans le cadre de l'accord-cadre, le patient ne subira aucune démarche administrative supplémentaire et bénéficiera toujours du système habituel de remboursement des soins de santé.

Qu'il s'agisse d'un accord régional comme un ZOAST ou d'un accord spécifique à un domaine médical tel que MOSAR, Alzette-Belval a le potentiel de fournir des avantages significatifs aux résidents de la région frontalière en adoptant un accord sur les soins transfrontaliers dans leur région. En facilitant l'accès à des services de santé spécifiques de part et d'autre de la frontière, cet accord pourrait contribuer à surmonter les obstacles actuels auxquels sont confrontés les patients et les prestataires de soins de santé dans l'accès aux soins transfrontaliers. Elle favoriserait également une plus grande intégration et une plus grande coopération entre les systèmes de santé en France et au Luxembourg, tout en offrant aux patients un plus grand choix et une plus grande flexibilité dans la façon dont ils reçoivent des soins.

---

<sup>24</sup> Voir, entre autres, <https://www.ofbs.org/cooperation-franco-belge/zoast/>

<sup>25</sup> Cela a été particulièrement souligné par Véronique Guillotin lors de l'entretien que nous avons eu le 19 avril 2023, qui a également mentionné comme solution la possibilité de créer des réseaux dans des domaines spécifiques de la santé

<sup>26</sup> Voir: <http://www.espaces-transfrontaliers.org/ressources/projets/projects/project/show/mosar-convention-sanitaire-transfrontaliere-moselle-saar/>

**Conclusion :**

Alzette Belval et son GECT ont déjà manifesté la volonté politique de prendre des mesures positives pour relever les défis liés à la fourniture de soins à domicile similaires au modèle français d'hospitalisation à domicile pour les citoyens vivant dans leur région. Le rapport présente un certain nombre de défis juridiques liés à la fourniture de ces soins et décrit les mesures qui pourraient être prises. Si l'on s'en tient à une interprétation stricte de la loi, les règlements et la directive ne sont pas bien placés pour favoriser les soins à domicile transfrontaliers. Il est donc essentiel que les principes d'accès aux soins pour tous les citoyens de l'UE, tels qu'ils sont énoncés dans le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, servent de base à la remise en question de la législation actuelle afin de garantir le respect de l'esprit de l'article 168, paragraphe 2 :

*L'Union encourage la coopération entre les États membres dans les domaines visés au présent article et, si nécessaire, soutient leur action. Elle encourage en particulier la coopération entre les États membres afin d'améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les zones transfrontalières.*

## Annexe 1 — Liste des dispositions juridiques pertinentes en l'espace

- Version consolidée du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, JO C 326 du 26 octobre 2012, p. 47-390, lien: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A12012E%2FTXT>
- Règlement (CE) no 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, JO L 166/1, 30 avril 2004, lien: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32004R0883>.
- Portant application du 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, JO L 284/1 du 30 octobre 2009, lien: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32009R0987>;
- Directive (UE) no 2011/24 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, *J.O.*, L88/45, 4 avril 2011, lien: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024 &from=FR>.
- Articles L-6122-1, L-6123-1 et R-6122-25 et R-6123-139 du code de la santé publique, Journal officiel de la République française (JORF), 7 octobre 1953; Version consolidée 1er juin 2023, lien: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/legiOrKali?id=LEGITEXT000006072665.pdf&size=14,9%20Mo &pathToFile=/LEGI/TEXT/00/06/07/26/65/LEGITEXT000006072665/LEGITEXT000006072665.pdf &title=Code%20e%20a%20sant%C3%A9%20publique>
- Arrêté du 1<sup>er</sup> juin 2018 fixant la durée de la prise en charge minimale par le service de soins infirmiers à domicile ou le service polyvalent d'aide et de soins à domicile permettant une intervention conjointe avec un établissement d'hospitalisation à domicile/décret du 1er juin 2018 fixant la durée minimale des soins par le service de soins infirmiers à domicile ou le service polyvalent d'aide et de soins à domicile permettant une intervention conjointe avec un établissement hospitalier à domicile Journal officiel de la République française (JORF) no 0125 du 2 juin 2018, lien: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000036975314#:~:text=Arr%C3%AAte%20%3A,La%20dur%C3%A9e%20a%20entreprise%20en%20charge%20minimale%20op ar%20le,fix%C3%A9e%20%C3%A0%20sept%20jours%20cons%C3%A9cutifs>
- Décret no 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile/décret no 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'hospitalisation à domicile. Journal officiel de la République française (JORF) no 0027 du 2 février 2022 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045100212>
- Code de la sécurité sociale luxembourgeoise/Code de la sécurité sociale luxembourgeoise, Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg, version consolidée 2023, [https://gouvernement.lu/fr/publications.gouv\\_igss%2Bfr%2Bpublications%2BCSS%2B2023.html](https://gouvernement.lu/fr/publications.gouv_igss%2Bfr%2Bpublications%2BCSS%2B2023.html)

## Annexe 2 — Entrevues menées

- 28 mars 2023 — Dr René Metz, Directeur du Centre hospitalier Emile-Mayrich Esch-Sur-Alzette, ainsi que des membres du service juridique (Luxembourg)
- 28 mars 2023 — M. Laurent Jomé, ministère luxembourgeois de la santé (Luxembourg)
- 28 mars — Mme Friedrich, Responsable de la pratique libérale des soins infirmiers d'Audun-le-Tiche (France) et  
Mme Gaelle Fisch, infirmière libérale (France)
- 19 avril 2023 — Mme Carine Pigeon, ministère luxembourgeois de la Sécurité sociale (Luxembourg)

- 19 avril 2023 — Dr Véronique Guillotin, sénatrice, membre du conseil régional et de la Conseil d'administration du GECT (France)
- 24 mai 2023 — M. Jouin — Agence Régionale de Santé (ARS) du Grand-Est et M. Orcier, Agence Régionale du Grand-Est, Direction Meurthe et Moselle (France)

### Annexe 3 — Autres références

- Pages N, Picard F, Barritault F, et al. Suivi à distance des patients pour l'insuffisance cardiaque chronique en France: Lorsqu'un programme de financement innovant (ETAPES) rencontre une solution innovante (Satelia® Cardio). SANTÉ NUMÉRIQUE. 2022;8. doi:10.1177/20552076221116774
- Rapport de la Commission au Parlement européen et au Conseil sur le fonctionnement de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, Bruxelles, 12.5.2022