

N° 203

S É N A T

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1985-1986

Annexe au procès-verbal de la séance du 12 décembre 1985.

RAPPORT

FAIT

au nom de la Commission des Affaires étrangères, de la Défense et des Forces armées (1), sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation du code européen de sécurité sociale fait à Strasbourg le 16 avril 1964.

Par M. Pierre MATRAJA,

Sénateur.

(1) *Cette commission est composée de : MM. Jean Lecanuet, président ; Yvon Bourges, Emile Didier, Pierre Matraja, Jacques Ménard, vice-présidents ; Serge Boucheny, Michel d'Aillières, Jacques Genton, Gérard Gaud, secrétaires ; MM. Paul Alduy, Michel Alloncle, François Autain, Jean-Pierre Bayle, Jean Bénard Mousseaux, Noël Berrier, André Bettencourt, Charles Bosson, Raymond Bourguine, Louis Brives, Guy Cabanel, Michel Caldaguès, Jacques Chaumont, Michel Crucis, André Deletis, Jacques Delong, Maurice Faure, Charles Ferrant, Louis de la Forest, Jean Garcia, Alfred Gérin, Marcel Henry, Louis Jung, Philippe Labeyrie, Christian de La Malène, Edouard Le Jeune, Max Lejeune, Louis Longequeue, Philippe Madrelle, Jean Mercier, Pierre Merli, Daniel Millaud, Claude Mont, Jean Natali, Paul d'Ornano, Bernard Parmantier, Mme Rolande Perlican, MM. Robert Pontillon, Roger Poudonson, Paul Robert, Marcel Rosette, Albert Voilquin.*

Voir les numéros :
Assemblée Nationale (7^e législ.) : 2996, 3136 et in-8° 938.
Sénat : 153 (1985-1986).

Traités et conventions.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION : élaboré dans le cadre du Conseil de l'Europe il y a plus de vingt ans, le code européen de sécurité sociale tend à assurer un niveau de protection supérieur à celui défini par l'O.I.T. ; la France avait dû en 1977 interrompre la procédure de ratification qu'elle avait engagée.	3
A. L'objet du code européen de sécurité sociale : assurer en Europe un niveau minimal de protection plus élevé en matière de sécurité sociale	4
1. <i>Le contexte conventionnel</i>	4
2. <i>Analyse des dispositions du code européen de sécurité sociale</i>	4
a) <i>Soins médicaux</i>	4
b) <i>Indemnités de maladie</i>	4
c) <i>Prestations de chômage</i>	5
d) <i>Prestations de vieillesse</i>	5
e) <i>Prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles</i>	5
f) <i>Prestations familiales</i>	5
g) <i>Prestations de maternité</i>	5
h) <i>Prestations d'invalidité</i>	5
i) <i>Prestations de survivants</i>	5
B. La mise en œuvre du code européen de sécurité sociale : le résultat de dispositions originales	7
1. <i>Un système d'entrée en vigueur par parties, permettant une évolution progressive des systèmes de sécurité sociale</i>	7
2. <i>Bilan actuel des signatures et des ratifications du code et du protocole</i>	8
C. Les engagements réduits acceptés par la France	9
1. <i>L'évolution de la position française</i>	9
2. <i>Les obligations auxquelles la France se propose de souscrire</i>	9
a) <i>Les dispositions générales</i>	10
b) <i>Les dispositions des neuf parties spécifiques</i>	10
D. Les engagements refusés par la France	11
1. <i>Les dispositions relatives aux indemnités de maladie et aux prestations de survivants</i>	11
a) <i>La partie III relative aux indemnités de maladie</i>	11
b) <i>La partie X sur les prestations de survivants</i>	11
2. <i>Le protocole annexé au code européen</i>	11
LES CONCLUSIONS DE VOTRE RAPPORTEUR ET DE LA COMMISSION	13

Mesdames, Messieurs,

Le texte, élaboré dans le cadre du Conseil de l'Europe, dont le présent projet de loi a pour objet d'autoriser l'approbation est fort ancien. Il trouve son origine dans une résolution n° 28 de l'Assemblée consultative du Conseil de l'Europe qui date de 1950 et, après de longs travaux préparatoires, aboutit à l'élaboration du code européen de sécurité sociale qui fut ouvert à la signature le 16 avril 1964.

Le code européen de sécurité sociale a pour objectif d'encourager les Etats membres du Conseil de l'Europe à développer leur système de sécurité sociale de façon à assurer un niveau de protection plus élevé que la norme minimale définie par la convention internationale du travail n° 102. Texte touffu et technique, le code européen de sécurité sociale est sans doute — avec ses 83 articles, ses annexes et son protocole — la plus volumineuse des conventions établies par le Conseil de l'Europe.

La France, après avoir signé le texte le 4 octobre 1976, avait amorcé dès 1977 la procédure d'approbation de ce code européen. Mais elle fut interrompue quelques mois plus tard à la suite d'une évolution de la législation française en matière de sécurité sociale. Après ce report et des consultations interministérielles approfondies, il a été décidé de n'approuver que les branches du code compatibles avec la législation française et de dissocier le code de son protocole annexé qui prévoit un engagement international plus rigoureux.

C'est l'autorisation de cette approbation qui nous est proposée aujourd'hui.

*

* *

A) L'objet du code européen de sécurité sociale : assurer en Europe un niveau minimal de protection plus élevé en matière de sécurité sociale.

1° *Le contexte conventionnel.*

Le code européen de sécurité sociale reprend, pour l'essentiel, en les complétant, les dispositions de la **convention internationale du travail n° 102**, en date du 28 juin 1952, et relative à la norme minimale de sécurité sociale souhaitée par l'O.I.T. Rappelons que cette convention de base a été approuvée par la France le 14 juin 1974 mais que notre pays n'en a approuvé que certaines parties et que le Parlement n'a pas eu l'occasion de se prononcer sur ses dispositions.

Ajoutons d'autre part que le Gouvernement avait alors estimé que la signature de la convention du Conseil de l'Europe ne pouvait intervenir avant la ratification de la « **charte sociale européenne** » du 18 octobre 1961. Cette ratification par la France n'est en effet intervenue que le 9 mars 1973, après autorisation parlementaire.

2° *Analyse des dispositions du code européen de sécurité sociale.*

Dans ce contexte, le code européen de sécurité sociale reprend, en ses parties II à X, les neuf branches des systèmes de sécurité sociale afin d'établir une norme européenne plus élevée et de réduire ainsi les distorsions entre Etats en harmonisant les charges supportées par les Etats signataires. Pour chacune de ces branches, les dispositions du code européen peuvent être ainsi présentées :

a) Pour les **soins médicaux** (Partie II, articles 7 à 12), le système de sécurité sociale doit couvrir, selon la convention, « tout état morbide » quelle qu'en soit la cause ; les personnes protégées doivent comprendre un pourcentage minimum de personnes, par exemple 50 % du total de l'ensemble des salariés, ou 20 % de l'ensemble des résidents ; le niveau des prestations est également fixé.

b) Pour les **indemnités de maladie** — distinguées des soins médicaux — (Partie III, art. 13 à 18), il est indiqué que l'éventualité couverte comprend l'incapacité de travail résultant d'un état morbide et entraînant suspension du gain ; les personnes protégées doivent être, soit 50 % au moins des salariés, soit 20 % de la population (résidents).

c) Pour les **prestations de chômage** (Partie IV, art. 19 à 24), l'éventualité couverte vise la suspension du gain due à « l'impossibilité d'obtenir un emploi convenable » ; les personnes protégées sont précisées ; la prestation doit prendre la forme d'un paiement périodique, avec limitation dans le temps.

d) Pour les **prestations de vieillesse** (Partie V, art. 25 à 30), les personnes protégées doivent comprendre au moins 50 % des salariés ou plus de 20 % de l'ensemble de la population. Quant aux prestations, elles doivent consister en un paiement périodique, lequel peut être subordonné à certaines conditions.

e) Pour les prestations en cas d'**accidents du travail et de maladies professionnelles** (Partie VI, art. 31 à 38), le code européen définit là encore les éventualités couvertes et les personnes à garantir, devant représenter 50 % au moins de l'ensemble des salariés.

f) Pour les **prestations familiales** (Partie VII, art. 39 à 45), les personnes aidées, pour faire face aux charges liées aux enfants, doivent comprendre 50 % des salariés et 20 % de la population active. Les prestations consistent soit en des paiements périodiques, soit en des fournitures aux enfants (prestations en nature) — ce qui n'est pas conforme à la conception française des prestations familiales.

g) Pour les **prestations de maternité** (Partie VIII, art. 46 à 52), il convient de prendre en compte la grossesse, l'accouchement et la suspension de revenus qui en résulte ; les prestations consistent à la fois en des soins et en des paiements périodiques.

h) Pour les **prestations d'invalidité** (Partie IX, art. 53 à 58), l'éventualité visée est l'incapacité à exercer une activité professionnelle ; des dispositions sont prévues en ce qui concerne les personnes protégées et les prestations qui doivent être versées.

i) Pour les **prestations de survivants**, enfin (Partie X, art. 59 à 64), l'éventualité couverte par le code européen est le décès du soutien de famille chaque fois que la veuve et les orphelins sont dans l'incapacité de subvenir à leurs propres besoins ; la prestation doit être un paiement périodique, c'est-à-dire une rente faite au survivant. Mais cette branche de la sécurité sociale — nous y reviendrons — n'existe pas véritablement en France qui ne connaît qu'une « assurance-décès » de portée modeste.

Le code européen donne de surcroît, par delà ces indications par branche, quelques directives générales sur certains points en liaison avec la politique sociale : une juridiction doit être à la disposition des intéressés, ce qui est le cas dans notre pays ; les organismes de gestion doivent en principe être confiés à des élus des employeurs et des salariés ; le financement de la Sécurité sociale peut se faire soit par cotisation sur les salaires, soit par l'impôt, soit conjointement par les deux systèmes.

*

* *

B) La mise en œuvre du code européen de sécurité sociale : le résultat de dispositions originales.

1° Un système d'entrée en vigueur par parties, permettant une évolution progressive des systèmes de sécurité sociale.

Afin de permettre une adaptation progressive des systèmes nationaux de sécurité sociale aux normes fixées par le Conseil de l'Europe, le code européen prévoit — comme cela avait été expérimenté pour la charte sociale européenne — **un mécanisme de mise en œuvre différenciée et progressive.**

Les Etats contractants ne sont pas tenus d'accepter toutes les dispositions de la convention et du protocole. Ils peuvent en choisir celles qu'ils appliqueront, sous la réserve que le nombre des obligations acceptées soit équivalent à un minimum. C'est ainsi que l'article 2 fixe — en son premier paragraphe — les engagements des Etats comme suit ; toute partie contractante appliquera :

- la partie I ;
- six au moins des parties II à X, étant entendu que la partie II (soins médicaux) compte pour deux et la partie V (prestations de vieillesse) pour trois parties ;
- les dispositions correspondantes des parties XI et XII ; et la partie XIII.

La ratification du protocole — correspondant à un niveau d'engagement plus élevé — exige pour sa part l'application, non plus de six, mais de huit des parties II à X. Il faut toutefois dire ici un mot du **contrôle de l'application** de la convention, nécessaire pour ces instruments internationaux visant à établir un niveau minimum de droits qui doivent être assurés par les Etats contractants. Sans prévoir, comme pour la convention européenne des droits de l'homme ou pour la charte sociale européenne, un organe et une procédure de contrôle spécifiques, le code européen prévoit simplement l'exercice d'un contrôle par les organes existants du Conseil de l'Europe — sur la base de rapports périodiques de chaque Etat membre —, en recourant à la collaboration de l'Organisation internationale du travail.

2° Bilan actuel des signatures et des ratifications du code et du protocole.

Sur ces bases, le tableau suivant récapitule l'état actuel de l'acceptation des dispositions du code européen et de son protocole par les Etats membres du Conseil de l'Europe.

**Tableau sur les signatures et ratifications
du Code et du Protocole**

	CODE		PROTOCOLE	
	Signature	Ratification	Signature	Ratification
Autriche	17 02 1970			
Belgique		13 08 1969		13 08 1969
Chypre.....				
Danemark		16 02 1973	16 04 1964	
France	04 10 1976		04 10 1976	
République fédérale d'Allemagne		27 01 1971		27 01 1971
Grèce		09 06 1981	25 05 1978	
Irlande.....		16 02 1971		
Islande.....				
Italie		20 01 1977	16 04 1964	
Liechtenstein				
Luxembourg		03 04 1968		03 04 1968
Malte				
Pays-Bas		16 03 1967		16 03 1967
Norvège.....		25 03 1966		25 03 1966
Portugal		15 05 1984		15 05 1984
Espagne.....				
Suède		25 09 1965		25 09 1965
Suisse		16 09 1977		
Turquie		07 03 1980	13 05 1964	
Royaume uni		12 01 1968		

Il ressort de ces données que le code européen a été ratifié par 14 des 21 Etats membres du Conseil de l'Europe. Cinq Etats seulement ne l'ont pas signé : Chypre, Malte, l'Espagne, l'Islande et le Liechtenstein. L'Autriche et, à ce jour, la France, l'ont, pour leur part, signé sans l'avoir encore ratifié.

Le code européen — et le protocole qui l'accompagne — est ainsi entré en vigueur, pour les premiers Etats contractants, le 17 mars 1968, conformément à ses dispositions finales classiques dans les conventions du Conseil de l'Europe (Parties XIV, art. 77 à 83).

C) Les engagements réduits acceptés par la France.

1°) *L'évolution de la position française.*

Il faut rappeler ici qu'après avoir signé le code **et son protocole** le 4 octobre 1976, la France avait entrepris en février 1977 d'entamer la procédure parlementaire devant permettre leur approbation.

Cette procédure dut être interrompue le 14 septembre 1977 en raison d'une modification de la législation française relative au ticket modérateur applicable aux produits pharmaceutiques. Toutefois, cette difficulté technique -qui a suspendu pendant un certain temps la ratification de ces deux instruments -ne concernait que le taux de participation de l'assuré aux frais pharmaceutiques tel qu'il est fixé par le protocole.

Il est dès alors apparu possible, début 1979, de reprendre la procédure, après les longues consultations interministérielles nécessaires, en dissociant le code européen proprement dit de son protocole, dont seul le niveau d'engagement est apparu incompatible avec la législation française.

En revanche, la législation française — au demeurant très avancée en matière de sécurité sociale — correspond très largement, pour certaines branches du code, aux normes minimales que cet instrument international envisage.

C'est pourquoi, en écartant le protocole et en usant des facultés de mise en œuvre progressive, le Gouvernement se propose aujourd'hui d'approuver le code européen de sécurité sociale.

2°) *Les obligations auxquelles la France se propose de souscrire.*

La France ne s'apprête ainsi à approuver que les parties du code qui sont en parfaite conformité avec notre droit national actuel. Elle se propose d'accepter toutes les dispositions générales (parties I, XI, XII et XIII) et sept des neuf parties spécifiques (parties II, IV, V, VI, VII, VIII et IX).

a) **Les dispositions générales** peuvent être brièvement analysées comme suit :

— la **partie I** énumère les parties que les Etats contractants s'engagent à appliquer ; elle prévoit par ailleurs une procédure de notification complémentaire et prend en considération la protection assurée par des régimes d'assurance facultative ;

— la **partie XII** (dispositions communes) précise les motifs de refus, de suppression ou de suspension d'une prestation ; elle détermine les modalités d'exercice du droit de recours.

— la **partie XIII** (dispositions diverses) fixe le principe de la non-rétroactivité du code et arrête la procédure de contrôle relative à l'application du code.

— **enfin, la partie XIV** (dispositions finales) indique la procédure de ratification et détermine la date d'entrée en vigueur du code ; elle fixe le champ territorial auquel s'applique ce code et les conditions dans lesquelles un Etat contractant peut le dénoncer.

b) La France accepte d'autre part **les dispositions de sept des neuf parties spécifiques**, couvrant les diverses branches traditionnelles des systèmes de sécurité sociale.

Sans reprendre ici le contenu de chacune de ces parties, rappelons qu'elles définissent successivement, pour chaque risque social : l'éventualité couverte ; les catégories de personnes protégées ; les conditions d'octroi des prestations ; la nature et les modalités de calcul des prestations ; la durée du service des prestations et, le cas échéant, les délais d'attente.

Les parties que la France envisage d'accepter concernent : les soins médicaux (partie II), les prestations de chômage (partie IV), les prestations de vieillesse (partie V), les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles (partie VI), les prestations familiales (partie VII), les prestations de maternité (partie VIII) et les prestations d'invalidité (partie IX).

Votre rapporteur tient ici à relever qu'aucune des dispositions correspondantes de la législation n'a fait — semble-t-il — l'objet de projets ou de propositions de réformes qui seraient rendus impossibles par l'approbation du code européen, laquelle ne soulève donc pas de difficultés particulières.

*

* *

D) Les engagements refusés par la France.

1°) *Les dispositions relatives aux indemnités de maladie et aux prestations de survivants.*

Il reste toutefois deux branches de la sécurité sociale pour lesquelles la France n'est pas en mesure d'accepter les dispositions du code européen en raison de la non-conformité de la législation française — dont aucune évolution n'est actuellement envisagée sur les droits précis en question.

a) Il s'agit d'abord de **la partie III relative aux indemnités de maladie** en raison d'une particularité de la législation française qui, s'agissant des cures thermales prises en charge par la sécurité sociale, subordonne l'octroi des indemnités journalières de l'assurance maladie à des conditions de ressources.

b) Il s'agit ensuite de **la partie X sur les prestations de survivants**, la législation française ne prévoyant l'octroi de rentes d'orphelins que dans des cas très précis ; en outre, les pensions de réversion ne sont servies dans le régime français qu'à compter de l'âge de 55 ans ; l'allocation de veuvage (qui est versée au conjoint survivant âgé de moins de 55 ans) présente un caractère temporaire puisqu'elle n'est attribuée que pendant trois ans, contrairement aux dispositions de l'article 64 du code européen de sécurité sociale.

2°) *Le protocole annexé au code européen.*

La France ne peut davantage accepter — ce qui fut à l'origine du retrait du texte en 1977 — le protocole qui est venu compléter le code européen dans sa rédaction initiale. Ce protocole dispose en effet, au paragraphe 2 de son article 10, que « le bénéficiaire peut être tenu de participer aux frais des soins médicaux reçus pour les fournitures pharmaceutiques : 25 % en moyenne ». Cet article n'est pas compatible avec les dispositions de la législation française relative au ticket modérateur qui prévoit dans certains cas un taux de participation moyen de l'assuré aux frais pharmaceutiques supérieur à 25 %.

La France ne peut donc accepter les dispositions prévues par le protocole. Là non plus, une évolution de la position française dans ce domaine n'est pas actuellement envisagée.

*
* *

Les conclusions de votre Rapporteur et de la commission.

Dans ces conditions, et dans la mesure où l'autorisation d'approbation demandée au Parlement ne concerne ni le code européen de sécurité sociale dans son ensemble, ni le protocole qui lui a été adjoint, votre commission des Affaires étrangères, de la Défense et des Forces armées, après en avoir délibéré au cours de sa séance du 12 décembre 1985, ne peut que vous demander **d'adopter** le présent projet de loi qui, à l'occasion du quarantième anniversaire de la mise en œuvre du système français de sécurité sociale, viendra opportunément confirmer l'attachement de notre pays à ce pan fondamental de la protection sociale.

*

*

*

PROJET DE LOI

(Texte adopté par l'Assemblée nationale)

Article unique

Est autorisée l'approbation du Code européen de sécurité sociale (ensemble une annexe de deux addenda), fait à Strasbourg le 16 avril 1964 et dont le texte est annexé à la présente loi. (1)

(1) Voir le texte annexé au document A.N n° 2 996 (7^e législature)