

DANS LA MÊME COLLECTION

Le nouveau guide juridique des étrangers en France
(épuisé).

Le guide des étrangers face à l'administration.

Le guide des jeunes étrangers en France.

Introduction*

1

Le droit à la santé a été affirmé par la Déclaration universelle des droits de l'homme. C'est pourquoi un système de protection sociale a été instauré en France.

L'organisation de cette protection sociale est très complexe. Elle est éclatée en structures multiples, destinées à couvrir, soit des risques déterminés, soit certaines catégories particulières de population. Cet aspect disparate est lié à ses origines, à la création progressive des systèmes de protection en fonction d'une part des luttes du mouvement ouvrier, et d'autre part de décisions législatives répondant à des préoccupations d'ordre social, démographique ou économique.

Dans l'esprit de beaucoup, la protection sociale se réduit à la sécurité sociale et même à l'assurance maladie. Il est vrai que se prémunir contre la

* Nota : dans ce livre, chaque paragraphe formant un bloc informatif est identifié par un numéro encadré en marge. Les mots clés de l'index situé en fin de volume renvoient à ces numéros.

Si vous désirez être tenu régulièrement informé de nos parutions, il vous suffit d'envoyer vos nom et adresse aux Editions La Découverte, 1, place Paul-Painlevé, 75005 Paris. Vous recevrez gratuitement notre bulletin trimestriel A La Découverte.

© Editions La Découverte, Paris, 1988
ISBN 2-7071-1778-1

maladie et les accidents est une préoccupation très ancienne : les sociétés de secours mutuel se sont développées bien avant l'industrialisation et sont la base de notre système de protection sociale.

La protection sociale recouvre :

- la *sécurité sociale*, qui représente plus de 70 % des dépenses de protection sociale. Celle-ci se divise en trois grandes branches :
 - l'assurance maladie,
 - l'assurance vieillesse,
 - les prestations familiales ;
- l'*aide sociale* (4 % des dépenses) ;
- les *régimes complémentaires vieillesse* (7 %) ;
- l'*indemnisation du chômage* (11 %).

En complément à ces différentes branches de la protection sociale collective et qui couvrent en principe l'ensemble de la population, il faut mentionner le rôle de la *mutualité*, et celui des *assurances privées*, qui connaissent actuellement un grand développement du fait des restrictions apportées au champ de la protection sociale dans le domaine de la santé.

En ce qui concerne la *gestion* et l'*administration* de ces régimes, il faut rappeler que les conseils d'administration des organismes de *sécurité sociale* sont composés pour deux tiers de représentants élus des assurés, sur listes syndicales, et pour un tiers de représentants des employeurs, et que les étrangers assurés sociaux sont électeurs et éligibles. Pour les mutuelles et les organismes de *retraite complémentaire*, il en est de même.

Avant de présenter la place de la protection sociale des étrangers dans ce système complexe, il

faut revenir plus en détail sur l'organisation des principales structures de protection sociale.

I. Les principales structures de protection sociale en France

2

A. LA SÉCURITÉ SOCIALE

La Sécurité sociale est un grand système qui se découpe en plusieurs catégories. Le système actuel de sécurité sociale, en France, a été prévu en 1945. Aujourd'hui, cela ne concerne plus seulement les travailleurs ; et depuis la loi du 2 janvier 1978, sur la généralisation de la sécurité sociale, toute personne peut en bénéficier.

Les différents domaines d'intervention de la Sécurité sociale sont régis par le Code de la sécurité sociale. Dans sa nouvelle version, mise en place en 1985, celui-ci stipule :

« L'organisation de la sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale.

« Elle garantit les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain. Elle couvre également les charges de maternité et les charges de famille.

« Elle assure pour toute autre personne et pour les membres de sa famille résidant sur le territoire

français la couverture des charges de maladie et de maternité ainsi que des charges de famille...

« Elle assure le service des prestations d'assurance sociale, d'accidents du travail et maladies professionnelles, des allocations de vieillesse ainsi que le service des prestations familiales » (article L 111-1).

Les différentes catégories de protection concernées sont regroupées au sein de trois branches qui en assurent la gestion :

- l'assurance maladie : maladie, maternité, invalidité, décès, accidents de travail et maladies professionnelles ;
- les prestations familiales ;
- l'assurance vieillesse.

Par ailleurs, il existe un certain nombre de régimes, selon les professions des assurés : le régime général, pour les salariés (industrie et commerce) ; des régimes particuliers (fonctionnaires, étudiants...) ; des régimes spéciaux (mineurs, agents SNCF ou RATP...) ; le régime agricole ; des régimes pour les professions libérales...

Ce guide traitera essentiellement du régime général, qui est de loin le plus important.

LES URSSAF ET LES COTISATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE

Les Urssaf (Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales) constituent une organisation de recouvrement de l'ensemble des cotisations qui servent à financer les diverses prestations de sécurité sociale. Il en existe une par département.

Elles sont chargées :

- de l'immatriculation des employeurs et des travailleurs indépendants ;
- du recouvrement des cotisations ;
- du contrôle et du contentieux du recouvrement.

1) Les cotisations

Elles sont de deux types :

- pour les *travailleurs indépendants* : des cotisations calculées en partie sur le revenu professionnel (allocations familiales) et en partie sur le revenu fiscal (assurance maladie) ;
- pour les *assurés* : les cotisations sont calculées sur les salaires ; elles se décomposent en :
 - une contribution *patronale* à la charge exclusive de l'employeur,
 - une contribution *salariale* précomptée par l'employeur sur les salaires.

Elles doivent être versées par tous les employeurs, qu'il s'agisse d'entreprises, de particuliers, d'associations... La méconnaissance de leurs obligations par les responsables d'associations est la source de difficultés qui peuvent avoir des conséquences graves pour elles. Les cotisations sont calculées (« assises ») en partie sur la totalité du salaire, en partie dans la limite d'un plafond. Il faut également prévoir des cotisations à l'Assedic pour le chômage, et à une caisse de retraite complémentaire. Le montant total des cotisations (part salariale et patronale) représente environ 60 % du salaire brut.

2) Les formalités

Embauche

Lors de la première embauche d'un salarié, l'employeur (pour une association, le président) doit demander sa propre immatriculation à l'Urssaf, et celle du salarié à la caisse primaire de son domicile, dans les huit jours.

Formalités liées au paiement

- L'employeur adressera à l'Urssaf :
- lors de chaque versement de cotisation, des bordereaux récapitulatifs, précisant le nombre de salariés, l'assiette des cotisations (montant des salaires versés), et le calcul de ces cotisations ;
 - avant le 1^{er} février de chaque année, une *déclaration nominative* des sommes perçues par chaque salarié pendant l'année écoulée (c'est la DADS — déclaration annuelle des données sociales).
- Cette déclaration est essentielle pour les salariés : c'est le document qui permet ensuite à la caisse d'assurance maladie de déterminer les périodes de droit de l'assuré, et de lui délivrer une carte d'assuré social (périodiquement renouvelée). La non-fourniture de la déclaration dans les délais entraîne également des pénalités de retard.

3) Périodicité et date du paiement

- Les *dates d'exigibilité* des cotisations sont absolument impératives :
- pour les entreprises de moins de dix salariés, au 15 du mois suivant le trimestre civil échu correspondant ;
 - pour les entreprises de plus de dix salariés le paiement est mensuel et varie selon l'effectif.
- Attention ! la date d'exigibilité est la date limite de réception par l'Urssaf.
- Tout versement de cotisation sans bordereau récapitulatif entraîne une pénalité de 50 F par salarié et par mois de retard. Le retard dans le règlement des cotisations entraîne des *majorations de retard très lourdes* :
- 10 % après le premier jour de retard ;
 - 5 % de plus par trimestre supplémentaire de retard.
- Il est possible de demander des délais de paiement au préalable (exceptionnellement accordés), ou si la bonne foi peut être prouvée, une réduction gracieuse des majorations de retard (exceptionnelle aussi).

4) Contrôle

Les employeurs peuvent faire l'objet de contrôles au titre des salariés qu'ils emploient. L'agent de contrôle a droit d'entrée et de visite, aussi bien après avoir prévenu de son passage que de façon inopinée.

L'employeur est tenu de présenter tous *documents* qui lui seront demandés. Ce sont généralement le livre de paye, les pièces comptables relatives aux salaires, les doubles des déclarations annuelles, le registre du personnel. L'agent peut également interroger le personnel. Ce contrôle peut, le cas échéant, donner lieu à redressement.

3**B. L' AIDE SOCIALE**

L'aide sociale est apportée par la collectivité publique à ceux qui ne bénéficient pas des prestations de sécurité sociale, ou qui ne peuvent, faute de ressources, subvenir à leurs propres besoins. Elle est constituée d'un ensemble de prestations, en nature ou en espèces, dont les conditions sont réglementées par le Code de la famille et de l'aide sociale.

Les domaines d'intervention concernent essentiellement : l'aide médicale (hospitalière ou à domicile), mais également les aides aux familles, aux personnes âgées et handicapées (aides financières et prise en charge de placements).

Caractéristiques de l'aide sociale

L'aide sociale est un *droit*, prévu et organisé par des textes législatifs et réglementaires. Elle doit à ce titre respecter les *principes généraux* du droit :

- égalité des usagers dès que les conditions légales d'admission sont remplies ;
- légalité des décisions d'admission ;
- principe de non-discrimination raciale, sexuelle ;
- motivation des décisions.

L'aide sociale est un droit *subsidaire* ; il y est fait appel lorsque aucune autre forme d'aide ou de solidarité (sécurité sociale, mutuelle, assurance chômage, aide familiale) n'est possible.

L'aide sociale est une *avance* : dans certains cas, les dispositions législatives permettent de récupérer les sommes versées auprès des bénéficiaires, dès lors qu'ils sont en mesure de rembourser les frais engagés (recours sur les successions, prises d'hypothèque sur les biens immobiliers, recours contre les donations, etc.).

Organisation administrative

Le premier interlocuteur en ce domaine sera le *Centre communal d'action sociale* (anciennement Bureau d'aide sociale) qui dépend de la mairie. Celui-ci constitue les dossiers, qui sont examinés ensuite par les services départementaux. Selon les domaines et la nature des prestations, et ce aux termes des lois de décentralisation, depuis le 1^{er} janvier 1984, sont compétents :

- soit les services préfectoraux DDASS (direction départementale des Affaires sanitaires et sociales),
- soit ceux du *conseil général*.

La loi oblige chaque conseil général à établir un règlement départemental d'aide sociale, qui détermine sa politique en matière d'aide sociale, et les prestations qu'il aura pu instituer, au-delà des aides légales.

Les conditions générales d'accès à l'aide sociale, la procédure et les différentes formes d'aides sont détaillées, plus loin.

4

C. LA MUTUALITÉ

Le mouvement mutualiste a toujours joué un rôle important en France. Cette institution qui repose sur l'entraide mutuelle a eu un rôle précurseur dans l'organisation de la solidarité. Longtemps le mouvement mutualiste s'identifie à la naissance du mouvement syndical. Il est une manifestation de la vie collective, il est à la base de notre système de sécurité sociale.

La naissance de la Sécurité sociale en 1945 ne fait pas disparaître le mouvement mutualiste qui continue à jouer un rôle complémentaire et initiateur en matière de protection sociale.

Définition des sociétés mutualistes

Aux termes de l'article 1 du *Code de la mutualité* :

« Les sociétés mutualistes sont des groupements qui, au moyen de cotisations de leurs membres, se proposent de mener dans l'intérêt de ceux-ci et de leur famille une action de prévoyance, de solidarité ou d'entraide, visant notamment :

- « 1) la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences ;
- « 2) l'encouragement de la maternité et la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées ou handicapées ;
- « 3) le développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et l'amélioration de leurs conditions de vie. »

Un nombre important de mutuelles s'est créé sur cette base.

Dans de nombreuses *entreprises*, il existe soit des mutuelles d'entreprise, soit des sections de mutuelles interprofessionnelles. Il est important de se renseigner auprès des délégués du personnel ou du comité d'entreprise sur leur existence et sur les droits qu'elles confèrent.

Toute personne peut également adhérer à la mutuelle de son choix en s'adressant à l'une ou l'autre des deux fédérations mutualistes : la FNMIF — Fédération nationale des mutuelles de France — et la FMF — Fédération des mutuelles de France.

L'adhésion volontaire à une mutuelle est importante pour la couverture des risques non encore couverts par la protection sociale obligatoire. Les

différentes études évoquées plus loin (voir Le coût social des étrangers, p. 18) montrent la corrélation entre le recours aux soins et la qualité de la couverture sociale.

L'organisation des mutuelles

Les mutuelles sont administrées comme les associations par l'*assemblée générale* des adhérents qui élit un *conseil d'administration*. De plus, dans les mutuelles d'entreprise employant au moins cinquante salariés, deux représentants de ceux-ci assistent à titre consultatif aux séances du conseil d'administration.

Les étrangers et le mouvement mutualiste

Depuis le 25 juillet 1985, les étrangers sont éligibles à tous niveaux de responsabilité des instances mutualistes et peuvent donc également constituer leurs propres mutuelles. Il est important de saisir de cette possibilité pour que les étrangers trouvent toute leur place dans le mouvement mutualiste en faisant prendre en compte par les mutuelles dont ils sont adhérents leurs risques spécifiques.

La possibilité existe d'autre part de créer des *mutuelles autonomes*. A l'initiative de la FNOM (Fédération nationale de la mutualité d'outre-mer), membre de la FNMIF¹, et de l'UMIF (Union des mutuelles d'Ile-de-France), structure régionale de

1. Fédération nationale de la mutualité française.

encore ses papiers — tentative fréquente de découvrir l'étranger à revendiquer le libre accès aux soins dont il a besoin.

Dans le cadre d'une politique de la santé qui a été placée ces dernières années sous le signe de restrictions budgétaires draconiennes, la première cible a été les dépenses d'hospitalisation. Et par là, une politique d'exclusion de ceux qui ne peuvent pas payer, même s'ils ont besoin de soins. Sous couvert de chasse au gaspillage, on somme les directions des hôpitaux de faire le bilan des actes non payés de l'année précédente, et d'y déceler le profil des mauvais clients, parmi lesquels, bien sûr, les déshérités, les marginaux et les immigrés.

La majorité des hôpitaux en est arrivée, selon ces directives, à refuser les étrangers ne présentant pas les garanties suffisantes, au mépris parfois du droit à la santé. L'hôpital se trouve donc être fréquemment le centre du maquis administratif, où l'étranger se heurte violemment à ce type d'obstacle, alors qu'il pensait de bonne foi avoir le droit de s'y faire soigner. Il arrive souvent que l'hôpital refuse une admission médicalement nécessaire, ou alors abrège le séjour du malade, ou encore entame contre lui ou contre ses proches des poursuites en paiement des frais engagés, même s'ils ne sont pas solvables, quand la collectivité ne le prend en charge à aucun titre.

Parmi les idées trop facilement répandues, celle du « coût social des étrangers », qui induit immédiatement la notion de charge pesant sur la collectivité nationale, est abusivement exploitée, et doit être examinée point par point.

17

la FMF², plusieurs mutuelles regroupant des populations étrangères³ se sont constituées avec, comme objectif de départ, la prise en charge des frais de rapatriement des personnes décédées et, à terme, la perspective de prendre en charge d'autres risques à l'avenir.

II. La protection sociale des étrangers

5 A. LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS À LA PROTECTION SOCIALE

Le problème majeur rencontré par les immigrés qui cherchent à bénéficier d'une couverture sociale est la navette de guichet en guichet, où il est souvent difficile d'obtenir des explications claires sur les démarches à entreprendre. Sans parler de ceux qui, en situation « irrégulière » sur le plan administratif (absence momentanée de carte de séjour ou de travail), se voient purement et simplement évincés. C'est l'exemple si souvent et si abusivement rencontré du refus de prise en charge de soins pour l'épouse d'un travailleur en règle, et qui n'a pas

2. Fédération des mutuelles de France.

3. Sont ainsi liées :
— à la F^NOM-F^NMMF, la Mutuelle du Portugal (créée en juillet 1986), la Mutuelle Solidarité africaine (juillet 1986) et la Mutuelle du Cap-Vert (juillet 1986), 22, rue d'Aumale, 75009 Paris ;
— à l'^UMMF, la Mutuelle nationale des Africains en France (MUNAF), 27, rue de la Vistule, 75013 Paris.

16

6 B. LE COÛT SOCIAL DES ÉTRANGERS

En premier lieu, il faut rappeler qu'il n'existe aucune étude exhaustive de cette question, compte tenu de l'absence de statistiques fiables : en effet, le critère de nationalité n'est heureusement pas pris en compte dans la majorité des fichiers des organismes sociaux, tant en ce qui concerne les cotisations que les prestations. De plus, différents systèmes sont imbriqués, qui relèvent à la fois de la solidarité, de la répartition et de l'assurance.

On peut cependant se référer à des études partielles, telles que l'enquête menée par l'INSEE en 1980, le rapport établi par un groupe d'élèves de l'ENA (Les immigrés et la protection sociale — juillet 1984), ou certaines statistiques (pas toujours publiées) des caisses.

Parmi les observations et les conclusions de ces études, quelques points doivent être soulignés :

- 7
- Les étrangers sur le territoire national représentent souvent une main-d'œuvre industrielle malléable et assujettie aux tâches les moins qualifiées ; de plus ils occupent les emplois présentant les risques les plus importants en matière de santé et d'accidents de travail. Sur ce dernier point, les travailleurs étrangers sont trois fois plus souvent victimes d'accidents de travail que les Français, et moins bien indemnisés.

18

Accidents de travail		Français	Étrangers
Effectif employé		93,9 %	6,1 %
Nombre de journées perdues		77 %	23 %
Montant des prestations		78,3 %	21,7 %

Source : Enquête CNAMTS, 1983.

8

- La consommation médicale des étrangers est plus faible que la consommation médicale moyenne de la population dans son ensemble. Cette sous-consommation globale est le résultat d'un recours moins fréquent à la médecine de ville, mais plus important aux structures hospitalières.

Aux raisons financières s'ajoutent des raisons d'ordre social : logement, insalubrité, appel trop tardif à la médecine de ville. Les déficiences de notre système ont par ailleurs suscité la mise en place de consultations médicales gratuites à l'initiative d'associations, qui ne devraient pas avoir de raison d'être. On constate aussi que les bénéficiaires potentiels ignorent souvent eux-mêmes leurs droits.

9

- La nature de la couverture sociale dont bénéficie un usager a des répercussions sur sa consommation médicale, et son recours éventuel aux soins préventifs. Or la couverture des étrangers est nettement moins importante que celle des Français.

19

COMPARAISON ENTRE COUVERTURE SOCIALE
DES FRANÇAIS ET DES ÉTRANGERS

Degré de couverture sociale	Français	Étrangers
Personnes bénéficiant de la sécurité sociale seule	21,7 %	42,2 %
Sécurité sociale plus mutuelle	68 %	48 %
Nombre de visites annuelles chez le médecin	5,29	4,10

Source : ENA, 1984.

DÉBOURS ANNUEL SELON LA NATIONALITÉ
ET LE MODE DE COUVERTURE SOCIALE
EN 1980-1981 (en francs)

Couverture sociale	Français	Maghrébins	Espagnols, Italiens, Portugais	Ensemble
Sécurité sociale donnant droit à remboursement à 100 % des soins de ville	2 143	708	2 539	2 122
Sécurité sociale plus mutuelle à 100 %	1 072	461	996	1 056
Sécurité sociale plus mutuelle n'atteignant pas les 100 %	1 151	461	687	1 071
Sécurité sociale seule	780	445	491	745
Tous régimes	1 132	456	842	1 103

Source : INSEE.

On constate bien la disparité de la couverture sociale dont bénéficient les Français et les étrangers, et les conséquences sur le degré de leur consommation médicale.

10

• Les premières générations d'immigrés sont arrivées à l'âge adulte : vingt ans de coût d'éducation, de formation et de protection sociale n'ont ainsi pas eu à être supportés par la France. Cette économie a été estimée par A. Sauvy, sur la base des années 1960-1965, à l'équivalent de vingt-cinq fois le budget de coopération consenti par la France aux pays dont ces travailleurs sont originaires.

• La venue progressive en France des familles et les nouvelles naissances intervenues sur le territoire national représentent actuellement un *apport démographique* non négligeable. De surcroît, nombre de ces enfants deviennent français de plein droit à leur majorité : ils ne sont plus comptabilisés comme étrangers et n'apparaissent plus en tant que tels au regard de la protection sociale.

• Le montant moyen des prestations familiaales versées aux familles étrangères en France est supérieur à celui que touchent les familles françaises, compte tenu de la structure démographique de cette population, de son faible niveau de ressources, et de sa fécondité.

• En revanche, en ce qui concerne les familles demeurées au pays, on constate depuis 1978 une diminution régulière du nombre de familles bénéficiaires.

Le montant global des versements diminue également en valeur absolue.

A cela plusieurs raisons :

— L'exigence d'une *activité salariée* en France, au sens strict du terme, a eu pour conséquence une diminution du nombre de bénéficiaires. Le service

« statistiques » de la caisse d'allocations familiales de la région parisienne constate une forte diminution du taux des paiements effectués par rapport aux bénéficiaires potentiels (le différentiel est évalué en 1986 à 45 % : emplois précaires, chômage, maladie...)

— Les barèmes sont revalorisés à une *périodicité très irrégulière*. Pour certains pays, ils ne l'ont pas été depuis 1968 (Madagascar), 1974 (Niger), 1980 (Togo)... (Voir p. 119 le tableau des barèmes de reversement par les organismes français pour les enfants restés au pays d'origine.)

— Les montants versés en France diminuent du fait de la baisse des *taux de charge* de plusieurs parités.

PRESTATIONS FAMILIALES DU RÉGIME GÉNÉRAL VERSÉES HORS MÉTROPOLE

Années	Montant (en francs)	Évolution des montants en %	Nombre de bénéficiaires	Baisse des bénéficiaires en %
1980	459 077 567		239 589	
1981	660 579 142	+43,89	225 831	- 5,75
1982	731 952 407	+10,80	210 971	- 6,59
1983	797 111 533	+ 8,90	197 539	- 6,37
1984	782 244 726	- 1,87	183 050	- 7,34
1985	731 083 803	- 6,55	164 184	- 10,31

Source : CNAF (Annuaire statistiques de prestations familiales).

12 • Il ne faut pas négliger les *économies* faites par les différents organismes français de protection sociale, résultant des *pertes de droits*, retour au pays, notamment en ce qui concerne les retraites. Le

principe de la territorialité des prestations, fortement remis en cause, limite d'ores et déjà considérablement le coût des prises en charge pour les ressortissants de pays non liés à la France par convention.

Pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale, le *montant des prestations versées à l'étranger diminue* de façon significative.

MONTANT DES PRESTATIONS VERSÉES À L'ÉTRANGER (en millions de francs)

1983	%	1984	%	1985	%	1986	%
867	+9,1	901	+3,9	863	-4,2	635	-26,4

3 C. LE FAS

Enfin, il est indispensable d'évoquer l'existence du FAS (*Fonds d'action sociale des travailleurs immigrés et de leurs familles*), alimenté à 90 % par les reversements des caisses d'allocations familiales, sur les prestations non versées aux familles de travailleurs migrants, résidant à l'étranger.

Le FAS a été créé en 1958 dans le but d'aider les travailleurs algériens, puis étendu en 1964 à tous les travailleurs étrangers. Il est doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, sous la tutelle du ministre du Travail. Son budget dépasse 1 milliard de francs.

Ses interventions se situent dans les domaines du logement (foyers ou cités), de la formation (alphabétisation et aujourd'hui surtout préformation-retour) et de l'action socio-éducative. Il ne mène pas

directement d'actions mais reverse ses fonds à des organismes publics ou parapublics (HLM, Sonacotra, Éducation), ou privés (associations 1901)...

Dans les faits, il subventionne également un certain nombre de projets visant, non seulement les populations étrangères, mais aussi des populations françaises dans des quartiers ou des logements à forte proportion d'immigrés.

En 1983, le gouvernement a modifié la composition du conseil d'administration en permettant à 6 *immigrés* (sur 48 membres) d'y siéger (3 nommés par le gouvernement et 3 nommés par les syndicats). Le président du conseil d'administration est nommé par le gouvernement.

Le *conseil d'administration* du FAS est censé gérer librement le budget, mais, sous la pression du gouvernement, la répartition des actions subventionnées a toujours été imposée dans ses grandes lignes. La démocratisation du FAS est fictive et, s'il est souhaitable que des immigrés siègent au conseil d'administration, leur représentativité est contestable puisqu'ils sont désignés et non élus, et que leur nombre restreint rend leur pouvoir presque nul.

La réforme de 1983 a mis également en place la *régionalisation* du FAS : chaque commission régionale est présidée par le préfet de région et composée à l'image du conseil d'administration national. Les décisions sont soumises à l'approbation de l'autorité de tutelle.

En 1985, la composition du conseil d'administration est limitée à 29 membres, et la mission du FAS élargie. Il peut désormais concourir à des opérations de retour volontaire de travailleurs étrangers dans leurs pays d'origine.

4 III. Les instruments internationaux de protection sociale

Parallèlement aux dispositions d'ordre interne, la protection sociale est également régie par des normes internationales, à la suite de conventions, accords ou traités, conclus ou ratifiés par la France. Trois grands types d'accords internationaux coexistent en ce domaine (conventions internationales, accords CEE, conventions bilatérales). On les examinera successivement avant d'en dégager les principes directeurs.

5 A. LES CONVENTIONS INTERNATIONALES

L'Organisation internationale du travail

La France a ratifié un certain nombre de conventions de l'Organisation internationale du travail, qui prévoient soit l'égalité de traitement entre Français et étrangers, soit des normes pour les catégories de personnes les plus vulnérables.

Les principales de ces conventions de l'OIT sont désignées par les numéros suivants :

- 19, sur la réparation d'accidents de travail ;
- 97 et 143, sur les travailleurs migrants ;
- 118, sur l'égalité de traitement entre nationaux et non-nationaux en matière de sécurité sociale ;
- 157, sur la conservation des droits des migrants.

Le Conseil de l'Europe

Dans le cadre du Conseil de l'Europe d'autres conventions ont également été ratifiées, notamment la Charte sociale européenne et la Convention européenne d'assistance sociale et médicale, applicables aux ressortissants des pays membres. Les pays concernés sont : l'Autriche, la Belgique, Chypre, le Danemark, la France, la République fédérale d'Allemagne, la Grèce, l'Islande, l'Irlande, l'Italie, le Liechtenstein, le Luxembourg, Malte, les Pays-Bas, la Norvège, le Portugal, l'Espagne, la Suisse, la Turquie et le Royaume-Uni.

Les réfugiés

La France a également ratifié la convention de Genève organisant le statut de réfugié et la convention de New York pour les apatrides.

16

B. LA COMMUNAUTÉ ÉCONOMIQUE EUROPÉENNE

Les règlements communautaires

Ils prévoient l'harmonisation des législations de sécurité sociale des pays de la CEE. Les textes récents sont applicables aux ressortissants des pays membres. Ils prennent en compte à peu près toutes les situations individuelles — à l'exception des inactifs et des jeunes — et toutes les prestations, y compris celles du chômage.

26

Les accords CEE-pays tiers

Plusieurs accords ont été signés par la CEE et des pays tiers, qui prévoient l'égalité de traitement pour les ressortissants de ces pays résidant dans la communauté :

- CEE-Turquie, le 29 décembre 1972 ;
- CEE-Tunisie, le 25 avril 1976 ;
- CEE-Maroc, le 27 avril 1976 ;
- CEE-Algérie, le 26 septembre 1978 ;
- CEE-Yougoslavie, le 1^{er} avril 1983.

L'Acte unique européen de 1992

En 1992, toutes les personnes résidant en Europe, originaires d'un pays de la Communauté ou d'un pays tiers, devraient bénéficier de l'égalité des droits.

17

C. LES CONVENTIONS BILATÉRALES

Pour les besoins de son économie, la France a fait appel massivement à la main-d'œuvre étrangère. Parallèlement, le processus de décolonisation a entraîné un autre mode de rapport avec ces pays devenus indépendants. La France a été amenée à conclure un certain nombre de conventions bilatérales. Actuellement une trentaine :

27

la France bénéficiaient des mêmes droits que les Français. Ce principe d'égalité de traitement entre nationaux et étrangers est affirmé par l'article L 311-7 du Code français de sécurité sociale. Mais il est limité dans le cas d'exportation de prestations.

0 • Le principe de territorialité et l'exportation de prestations. Ce principe est la base de notre système français ; il interdit l'exportation des prestations y compris pour les familles vivant à l'étranger. Ce principe est remis en cause par de nombreuses *conventions internationales* qui prévoient que les prestations de protection sociale pourront être versées aux travailleurs étrangers ou à leurs ayants droit dans les pays d'origine. Les conventions bilatérales signées par la France le prévoient au moins partiellement et de façon explicite. Pour des étrangers venant de pays tiers non couverts par ces conventions, l'égalité de traitement est sérieusement mise en cause du fait de la territorialité des prestations prévues par le droit interne français.

* *

Cette présentation générale des divers aspects du système français de protection va nous permettre maintenant de développer dans ce livre son fonctionnement précis pour les étrangers. Pour faciliter son utilisation, celui-ci a été organisé en trois parties principales, concernant les *besoins* majeurs de protection : la santé, la famille, la retraite et la vieillesse. Enfin, une quatrième partie présente les moyens de recours.

29

Algérie	1965	Monaco	1954
Andorre	1970	Niger	1974
Autriche	1972	Norvège	1956
Bénin	1981	Pologne	1949
Burkina Faso	1986	Québec	1981
Canada	1981	Roumanie	1978
Cap-Vert	1983	San Marin	1951
Côte-d'Ivoire	1987	Sénégal	1976
États-Unis	1987	Suède	1981
Gabon	1983	Suisse	1961
Madagascar	1968	Tchécoslovaquie	1949
Mali	1983	Togo	1973
Maroc	1967	Tunisie	1966
Mauritanie	1967	Turquie	1973
		Yougoslavie	1950

18 D. LES PRINCIPES DIRECTEURS DE CES ACCORDS INTERNATIONAUX

La multiplicité de ces textes, qui s'enchevêtrent et parfois se contredisent, et dont beaucoup sont mal connus, rend très difficile leur application faute d'information. On peut cependant dégager les principes directeurs communs à tous ces accords.

19 • Égalité de traitement. Les travailleurs étrangers résidant en France et qui sont ressortissants d'un pays signataire d'un accord de sécurité sociale avec

28