



Coordination des régimes de sécurité sociale entre l'Union européenne et les pays de l'espace euro-méditerranéen

ÉTUDE



Comité économique et social européen



Comité économique et social européen

Coordination des régimes de sécurité sociale entre l'Union européenne et les pays de l'espace euro-méditerranéen

La présente étude a été réalisée par Carlos García de Cortázar Nebreda, à la suite d'un appel d'offres du Comité économique et social européen. Les informations et les opinions qu'elle contient émanent de leur auteur et ne reflètent pas nécessairement la position officielle du Comité économique et social européen. Le Comité économique et social européen ne garantit aucunement l'exactitude des données de la présente étude. Ni lui ni aucune personne agissant en son nom ne peut être tenu responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qu'elle contient.

Table des matières

Synthèse	iv
1. Introduction	7
2. Aspects socioprofessionnels	8
3. Données sur la migration par pays	10
4. Les systèmes de sécurité sociale de certains États MED	12
5. État actuel de l’harmonisation juridique dans l’UE	15
6. État actuel de la coordination au niveau européen	17
7. Somme de l’harmonisation et de la coordination européenne	19
8. Lacunes et déficits	19
9. Les accords d’association et les décisions en matière de coordination	21
10. La coordination bilatérale	24
11. L’arrêt Gottardo de la Cour de justice de l’Union européenne (CJUE) - Les limitations de la bilatéralité	28
12. Coordination européenne ou coordination bilatérale?	30
13. Éléments juridiques de l’option d’une coordination multilatérale en matière de sécurité sociale au niveau de l’Union européenne et des États MED.	34
14. La convention multilatérale ibéro-américaine de sécurité sociale	35
15. Feuille de route	37
16. Recommandations	38
17. Conclusions	39

Synthèse

Dans le domaine de la sécurité sociale, l'Union européenne a pris un certain nombre de dispositions (directives) en ce qui concerne l'égalité de traitement entre les citoyens de l'Union et les ressortissants de pays tiers. De même, elle a adopté les règlements n° 859/2003 et n° 1231/2010 visant à étendre les dispositions des règlements n° 1408/71 et n° 883/2004 aux ressortissants de pays tiers. Ce dispositif protège les ressortissants issus de pays tiers méditerranéens se trouvant sur le territoire européen, mais sans prendre en considération, par exemple, la carrière professionnelle que ces personnes ont suivie dans leur pays d'origine. En conséquence, par exemple, pour avoir droit à une pension de retraite dans un État membre qui exige 15 années de périodes de cotisation, le travailleur concerné verra prises en compte l'ensemble des périodes accomplies dans les pays de l'UE, mais pas les périodes d'assurance pour lesquelles il a cotisé dans son propre pays. Il n'existe pas de règle, au niveau de l'Union, qui permette la totalisation des périodes cotisées ou leur addition.

Par ailleurs, la politique de sécurité sociale de l'Union européenne à l'égard des ressortissants de pays tiers a été élaborée de manière fermée et pour ainsi dire endogame. La réciprocité, la bilatéralité ou la reconnaissance mutuelle y brillent par leur absence. Il n'y a pas eu de négociation officielle avec les pays tiers. L'Union peut reconnaître certains droits aux ressortissants des pays MED, mais ceux-ci ne sont pas tenus de reconnaître les mêmes droits aux citoyens de l'UE qui y travaillent.

La présente étude reprend de nombreux exemples différents à ce sujet, lesquels démontrent les lacunes existantes et l'absence de protection qui subsiste non seulement pour les ressortissants de pays tiers en Europe, mais aussi à l'égard de citoyens européens qui exercent leur activité professionnelle sur le territoire des États méditerranéens. De même, les entreprises peuvent subir des désavantages économiques importants qui limitent leur compétitivité.

À ce jour, certains des problèmes énoncés dans la présente étude ont été résolus dans le cadre des conventions bilatérales conclues entre quelques États membres et un nombre réduit d'États MED. Toutefois, cette ligne d'action de niveau national signifie que chaque État membre défend ses propres intérêts et ceux de ses ressortissants et conclut des conventions bilatérales exclusivement avec les États MED qui l'intéressent en fonction de ses propres critères. Or, il est pratiquement impossible que les 28 États membres de l'Union puissent, à titre séparé, entamer des négociations avec tous les pays MED, et réciproquement. Par ailleurs, les conventions bilatérales ont une portée limitée, tant en ce qui concerne leur champ d'application personnel – qui, dans certains cas, ne vise que les travailleurs des pays signataires – qu'en ce qui concerne leur champ d'application matériel. Par conséquent, tous les migrants ne sont pas protégés, et ceux qui sont protégés le sont de manière incomplète.

Il convient d'insister, d'autre part, sur le cas du détachement de travailleurs dans le cadre d'une prestation de services. Sur ce point, recourons à un exemple: celui de travailleurs détachés par leur entreprise depuis un État membre A vers le territoire d'un pays tiers méditerranéen pour y

exercer une activité professionnelle. Dans le cas où il n'existe pas de convention bilatérale de sécurité sociale, il peut arriver que la législation de l'État membre de l'Union (par exemple, l'Espagne) exige le paiement de cotisations à son régime de sécurité sociale lorsqu'il n'existe pas de convention bilatérale (par exemple, entre l'Espagne et l'Égypte) et que, par ailleurs, le paiement des cotisations soit obligatoire dans le pays tiers (ici, l'Égypte), ce qui signifie une double cotisation et une hausse des coûts. Cela peut se traduire par une perte de compétitivité.

L'Union, au moins jusqu'à présent, n'a pas agi en tant qu'interlocuteur unique et a laissé aux États membres le monopole, à titre séparé, des relations extérieures en matière de sécurité sociale. Peu à peu, toutefois, commence à se dessiner une tendance qui demande que l'UE, en tant que telle, puisse négocier et conclure des accords internationaux qui confèrent une protection bi- ou multilatérale plus complète que celle offerte par les conventions bilatérales. Juridiquement, cette solution est prévue par l'article 216 du TFUE. Toutefois les États membres, et probablement certains États MED, sont très réticents à l'idée de perdre leurs compétences dans le domaine des relations internationales. Aussi convient-il d'engager un lent processus de persuasion qui permettrait, à moyen terme, d'explorer cette voie.

D'autre part, le Conseil de l'Union a donné les premiers signes d'une politique européenne en matière de sécurité sociale, avec l'adoption des décisions concernant la coordination des systèmes de sécurité sociale découlant des accords d'association, de stabilisation et de coopération avec Israël, la Tunisie, l'Algérie, le Maroc, la Croatie, l'ancienne République yougoslave de Macédoine, Saint-Marin, l'Albanie et la Turquie, décisions qui doivent être approuvées par les conseils d'association et de stabilisation correspondants.

Par conséquent, l'idée d'une approche à l'échelle européenne qui dépasserait le cadre strictement bilatéral commence à gagner du terrain. De plus, pour de nombreux États membres et États méditerranéens, cette approche peut être attrayante et d'un grand intérêt parce qu'elle évite d'engager une négociation bilatérale susceptible d'exiger d'importants efforts et de produire des résultats relatifs. Effectivement, une négociation bilatérale a un caractère incomplet, et d'autres solutions font leur apparition, comme en témoignent surtout le règlement n° 883/2004 et la convention multilatérale ibéro-américaine de sécurité sociale. À cet égard, la protection des citoyens européens ou de ressortissants de pays MED qui viennent exercer leur profession en Europe ou dans d'autres pays MED serait davantage garantie par l'intermédiaire d'accords multilatéraux européens avec des États MED ou avec un accord global en matière de sécurité sociale dans l'espace Euromed. Ainsi, par exemple, un travailleur égyptien qui aurait travaillé en Égypte, au Maroc et en Espagne pourrait additionner toutes ses périodes de cotisation dans ces trois pays et acquérir un droit à pension. En revanche, à l'heure actuelle, de nombreux travailleurs migrants perdent leurs droits acquis et futurs à pension en raison de l'absence d'accord multilatéral.

Dans ce contexte, la communauté ibéro-américaine, en adoptant la convention multilatérale ibéro-américaine de sécurité sociale, a joué un rôle précurseur en créant une telle protection

globale et unitaire pour les citoyens ibéro-américains, ce qui peut servir d'exemple et de voie à suivre pour l'espace Euromed.

La présente étude établit une feuille de route comprenant des actions immédiates, des actions à court terme, des actions à moyen terme et des actions à long terme. En fin de parcours, elle énonce une série de recommandations destinées à être présentées lors du Sommet Euromed des Conseils économiques et sociaux et institutions similaires, qui se tiendra les 24 et 25 octobre 2016.

La conclusion ultime de l'étude peut se résumer en deux phrases: Avec un accord Euromed en matière de sécurité sociale, l'espace euro-méditerranéen aurait une dimension plus sociale et serait bien plus équitable. Travailleurs et employeurs participeraient de manière plus intense à la dimension politique et sociale de l'Euromed et comprendraient mieux les avantages que revêt cet espace.

1. Introduction

La globalisation économique ou, en d'autres termes, la mondialisation de l'économie, a engendré un accroissement quantitatif et qualitatif des échanges de marchandises, biens et services et, ce qui est plus important, d'êtres humains. En effet, le phénomène d'émigration pour des raisons professionnelles, familiales ou personnelles requiert de développer des politiques économiques et sociales qui permettent un approfondissement et un renforcement des liens entre les sociétés, les États et les continents, en assurant aux entreprises et aux citoyens un certain nombre d'avantages et de droits permettant de créer un espace international, en l'occurrence méditerranéen, plus compétitif et plus équitable.

L'Europe est devenue un pôle d'attraction prioritaire pour un énorme flux de réfugiés et de demandeurs d'asile qui, fuyant l'instabilité politique croissante de certaines zones géographiques proches de notre continent, viennent chercher une sécurité dans les États membres de l'Union européenne. En effet, l'émigration politique et l'émigration économique, surtout celles en provenance du bassin méditerranéen, sont comme les deux faces d'une même pièce, à tel point qu'il est difficile, dans de nombreux cas, de tracer des lignes de démarcation nettes ou des frontières entre l'un ou l'autre type d'émigration. Ainsi, le présent rapport vise à développer une approche globale qui tienne compte de la situation factuelle et juridique des personnes issues du sud de la Méditerranée dans leur ensemble, indépendamment des motivations qui les poussent à opérer des déplacements transfrontaliers, ainsi que de l'ensemble des problèmes qui se posent ou sont susceptibles de se poser dans le présent et à l'avenir, surtout dans le domaine de la sécurité sociale.

Par ailleurs, le printemps politique arabe et ses conséquences indirectes ou immédiates ont conduit, en mai 2011, à intensifier la politique européenne de voisinage avec les pays situés au sud de l'Europe. La finalité de cette mesure était, et reste, le renforcement de la prospérité et de la stabilité dans la région. À cet égard, la Commission européenne et le Service européen pour l'action extérieure ont, de concert, concentré leur activité sur le renforcement des engagements de l'Europe concernant ses voisins du sud, notamment au niveau régional, dans une perspective que nous pourrions résumer par l'expression *«plus de fonds pour plus de réformes»*. Le principe de base de cette politique consiste essentiellement à approfondir la démocratie, l'économie durable, le développement social et la construction d'un partenariat régional au moyen d'une action cohérente et d'un cadre de programmation efficace. À cet effet, l'Union européenne collabore avec ses voisins du sud pour aboutir à une association la plus étroite possible et au degré le plus élevé d'intégration économique, en partageant les valeurs de démocratie, de respect de la loi, des droits de l'homme et de cohésion sociale.

Il convient de noter que les instruments privilégiés par la Commission européenne et le Service européen pour l'action extérieure aux fins de réaliser ces objectifs, instruments en lien avec

l'esprit du présent rapport, sont principalement les suivants: l'intégration et l'aide économique, l'accès aux marchés et l'élimination, dans la mesure du possible, des entraves aux déplacements vers le territoire de l'Union.

Tant les aspects migratoires en tant que tels que la politique de voisinage avec les pays situés au sud de l'Europe exigent un exercice pratique permettant, en particulier dans le domaine spécifique de la sécurité sociale, étendu au maximum, de garantir aux entreprises et aux particuliers un certain nombre de droits qui permettent de créer un espace méditerranéen, plus compétitif et plus équitable, favorisant les droits des personnes et des avantages pour les investissements économiques interétatiques. Tout cela débouchera sur une interaction plus étroite entre les sociétés, les États et les continents, avec des avantages réciproques.

2. Aspects socioprofessionnels

Avant d'aborder le domaine propre de la sécurité sociale, et plus particulièrement dans la perspective de la coordination des régimes de sécurité sociale, il est nécessaire de procéder à une comparaison de la situation socioprofessionnelle dans l'Union et dans certains pays du sud de la Méditerranée (MED)¹.

En premier lieu, il importe de souligner, aux fins d'apporter des éléments d'explication en vue d'une meilleure compréhension des flux migratoires, que l'Europe et les pays MED connaissent une évolution démographique divergente. Ainsi, tandis que l'augmentation de la population au sein de l'Union européenne ne dépasse pas 0,25 % par an, avec une tendance à la diminution dans un avenir proche, les chiffres de croissance démographique de l'Égypte (2,2 % par an), de l'Algérie (1,8 % par an) ou du Maroc (1,2 % par an) marquent clairement la différence entre une population vieillissante (en Europe) et la population beaucoup plus jeune des pays du sud de la Méditerranée. Toutefois, la répartition par classes d'âge est encore plus significative. Ainsi, dans l'Union européenne, les plus de 65 ans représentent 18,2 % de la population, contre 4,5 % en Égypte, 5,6 % en Algérie, 6 % au Maroc et 7,4 % en Tunisie. En revanche, la pyramide démographique est inversée pour les données se rapportant à la population de moins de 15 ans. En Égypte, ce pourcentage est de 31 %, en Algérie de 28 %, au Maroc de 26,2 % et en Tunisie de 22,9 %. Mais dans l'Union européenne, ce segment ne représente que 15,6 % de la population. Il semble dès lors logique de penser que la migration peut être un moyen d'atténuer les pénuries et le déséquilibre entre les deux parties.

¹ Information recueillie dans la publication Euro-Mediterranean Statistics, édition 2015. Eurostat Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne

La pauvreté est, dans bien des cas, un des principaux moteurs des migrations. À cet égard, les statistiques sont impressionnantes dans certains États du sud de la Méditerranée, d'autant plus que le concept utilisé ici pour définir la pauvreté est l'insuffisance de ressources pour répondre aux besoins vitaux minimaux. Or, les chiffres de 2013 sont encore très élevés (32,4 % en Égypte, 18,6 % en Israël, 25,8 % en Palestine et 15,5 % en Tunisie). Toutefois, et bien que dans de nombreux pays, la tendance soit à la baisse, dans le plus peuplé de la région, l'Égypte, la pauvreté a augmenté, entre 2003 et 2013, de près de 6 points de pourcentage.

Le taux de participation au marché du travail dans les États membres de l'Union européenne a atteint 72 % en 2013, avec une légère augmentation au cours des dernières années. En revanche, le taux d'activité de certains États MED présente des chiffres beaucoup plus bas. Ainsi, il est de 51,3 % au Maroc, de 51,2 % en Égypte, de 46,5 % en Algérie, de 54 % au Liban et de 46,4 % en Palestine.

En ce qui concerne le chômage, tandis que dans l'Union européenne, en 2013, il atteignait 11 % environ (avec de légères réductions à partir de cette date), les résultats de certains pays MED fournissent des chiffres qui, s'ils ne paraissent pas excessivement négatifs, présentent, pour ce qui est du chômage enregistré, un certain nombre d'inconnues, surtout compte tenu de l'existence d'un important secteur informel. Ainsi, les chiffres du chômage présentés doivent être examinés avec prudence: Maroc 9,2 %, Égypte 13,4 %, Algérie 9,8 %, Israël 6,3 %, Jordanie 12,6 %, Liban 10 %, Tunisie 15,9 %, et Palestine 23,6 %.

En ce qui concerne le taux d'activité par sexe, on constate des écarts importants entre les femmes et les hommes. Ainsi, en 2013, le taux moyen d'emploi des femmes dans les pays de l'UE-28 s'élevait à 66 %. En revanche, dans la région du sud de la Méditerranée (MED), le pourcentage de femmes en activité ne dépasse pas 30 %, sauf en Israël. C'est dire que seulement un quart de la population féminine a été intégré au marché du travail dans ces pays.

L'on observe une situation similaire pour la mobilité professionnelle des travailleurs de ces pays. La plupart des migrants en provenance des régions MED sont des hommes. Par exemple, sur les 195 542 travailleurs marocains affiliés à la sécurité sociale espagnole, 142 562 sont des hommes et 52 980 des femmes.

Pour ce qui concerne les secteurs d'activité économique dans la région MED, le principal reste le secteur primaire (agriculture), même si le secteur des services est davantage représenté dans certains pays tels qu'Israël, le Liban et la Tunisie. En outre, il y a lieu de souligner la prépondérance des emplois peu qualifiés, qui sont majoritaires dans les secteurs de l'agriculture, de la pêche ou de la construction. De ce fait, les taux de chômage les plus élevés concernent, contrairement à ce qui se passe en Europe, les personnes ayant un niveau élevé de formation.

3. Données sur la migration par pays²

Environ 20 millions de ressortissants de pays tiers vivent en Europe, dont la majeure partie sont des citoyens en provenance du Maroc, de la Turquie, de l'Algérie, de la Tunisie et de l'Afrique du Nord. Il va être procédé ci-après à une ventilation par pays MED pour pouvoir donner une vue d'ensemble structurée du phénomène migratoire³:

Maroc

Selon les données de 2012, sur le total des 3 500 000 émigrés marocains, 90,6 % (3 000 000) vivent en Europe. Les principales destinations de cette émigration sont la France avec 1 200 000 (35 %), l'Espagne avec environ 700 000 (19,9 %) et l'Italie avec près de 500 000 ressortissants marocains (14,4 %). Le flux de migrants marocains vers des pays d'Europe de l'ouest est stable depuis les années 1970; ils représentent l'un des groupes étrangers les plus importants, notamment en France, en Espagne, en Italie et en Belgique. D'une manière générale, la présence des femmes est généralement inférieure à la proportion d'hommes. Par exemple, en Espagne et en Italie, plus de soixante pour cent des migrants sont des hommes. En ce qui concerne la formation, 80 % des migrants en Europe ont un profil professionnel peu élevé, avec un niveau d'enseignement élémentaire, raison pour laquelle ils n'ont accès qu'à des emplois de faible qualification. En revanche, 50 % des émigrants marocains aux USA et au Canada ont des niveaux de formation moyens et élevés.

Algérie

En 2011, le nombre total de migrants en provenance d'Algérie dans les pays de l'OCDE était de 1 000 000, parmi lesquels, pour ce qui est de l'Union européenne, 750 000 personnes avaient pour destination la France, 60 000 l'Espagne, 25 000 l'Italie et 22 000 le Royaume-Uni. En ce qui concerne la répartition par sexe, 54 % sont des hommes et 45 % des femmes. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 15-64 ans, qui représente 67,4 % des migrants algériens. En ce qui concerne les niveaux de formation, 51 % ont un niveau d'enseignement primaire ou élémentaire, 29 % un niveau secondaire et 19 % une formation supérieure. Les liens culturels et linguistiques de l'Algérie avec l'ancienne métropole expliquent le choix traditionnel de la France comme pays d'émigration préférentiel, dans de nombreux cas non seulement pour des raisons de travail, mais aussi en vue d'un regroupement familial, compte tenu de la forte concentration de population en provenance d'Algérie du fait de la décolonisation.

² Institut universitaire européen. Centre Robert Schuman d'études avancées. Centre des politiques migratoires. *EU Neighborhood migration report 2013*.

³ Toutes les données chiffrées sont approximatives. Les chiffres peuvent être altérés en raison des cas de double nationalité.

Tunisie

L'émigration tunisienne s'est traditionnellement dirigée vers les pays d'Europe occidentale, principalement la France, la Belgique et l'Allemagne, mais il y a aussi eu une forte présence de Tunisiens en Libye, pays qui les a expulsés pour des motifs politiques en 1985. À partir de cette date, l'émigration tunisienne s'est diversifiée, choisissant de nouvelles destinations européennes comme l'Espagne et l'Italie. Dans les registres consulaires de 2009, le nombre de Tunisiens en Europe était estimé à 1 000 000, dont 600 000 en France, 150 000 en Italie et 90 000 en Allemagne. Au cours de la dernière décennie, l'on constate que la traditionnelle émigration vers la France diminue de façon importante et est reportée sur d'autres pays de l'Union européenne. À l'occasion des événements de 2011 et 2012, le nombre de migrants vers l'Europe a doublé pour atteindre 50 000 personnes au cours de cette période. L'instabilité politique du pays a eu une influence sur le profil professionnel des migrants, qui sont passés d'un niveau essentiellement de formation élémentaire à un niveau de diplômés universitaires dans 58 % des cas.

Turquie

La Turquie a été au cours des dernières décennies un pays de transit et d'émigration, avec des centaines de milliers de travailleurs, professionnels, étudiants et réfugiés quittant le pays, essentiellement pour des motifs économiques. D'après les données du ministère du travail et de la sécurité sociale de Turquie, en 2010, la diaspora comptait 3 800 000 personnes, desquelles 3 100 000 étaient établies dans des pays membres de l'UE, dont 43 % en Allemagne. Ces dernières années, la Turquie a connu un changement structurel et qualitatif s'agissant du nombre de migrants provenant d'autres nations qui entrent dans le pays, lequel dépasse pour la première fois le nombre de citoyens turcs qui émigrent. Le profil de l'émigrant turc type a changé: il s'agissait d'une personne de faible formation destinée à occuper des emplois peu qualifiés dans des usines et des entreprises industrielles, et c'est désormais un émigré hautement qualifié, ayant fait des études universitaires et ouvert sur l'international.

Égypte

Depuis les années 1970, les déplacements de ressortissants égyptiens vers d'autres pays à des fins de travail n'ont pas cessé. À cet égard, il convient de souligner que l'émigration a augmenté de façon notable en raison, premièrement, de la promulgation de la Constitution de 1971, qui a levé une grande partie des restrictions et limitations juridiquement applicables jusqu'à cette date concernant la sortie du pays. Deuxièmement, la hausse spectaculaire des prix du pétrole en 1973 a produit un effet d'appel important: nombre de travailleurs et de professionnels égyptiens sont partis vers les divers pays pétroliers du monde arabe, et notamment l'Arabie saoudite, les États du Golfe, l'Irak et la Libye. L'émigration vers l'Amérique du Nord et l'Australie est stable et permanente au cours des dernières décennies et concerne notamment des professionnels et

techniciens qualifiés. On estime qu'au total, le nombre d'émigrants égyptiens en séjour temporaire ou permanent s'élève, selon les registres consulaires, à 6 500 000 personnes, dont les destinations principales sont les suivantes: Libye (2 000 000), Arabie Saoudite (1 300 000), USA (635 000), Jordanie (525 000), Koweït (480 000), Émirats Arabes Unis (280 000), Canada (148 000), Océanie (106 000) et Qatar (88 000). Dans les États membres de l'UE sont présents au total 800 000 ressortissants de nationalité égyptienne, qui sont principalement répartis dans les pays suivants: Royaume-Uni (250 000), Italie (190 000), France (160 000), Grèce (80 000), Allemagne (30 000) et Pays-Bas (30 000). L'émigration temporaire a généralement pour destination les pays arabes, tandis que l'émigration permanente est orientée surtout vers l'Europe, l'Amérique et l'Océanie. On trouve également des différences concernant la répartition par genre: tandis que 96 % des migrants égyptiens vers les pays arabes sont des hommes, dans le cas de l'émigration vers l'Europe les chiffres sont plus équilibrés, avec 58 % d'hommes et 42 % de femmes. Le niveau de qualification varie également, les personnes ayant une formation élevée se dirigeant vers les pays de l'OCDE (86 % avec un niveau de formation moyen ou élevé), tandis que les personnes qui migrent vers des pays arabes possèdent en majorité un niveau de formation faible (seulement 24 % sont hautement ou moyennement qualifiés).

D'autre part, même si les chiffres ne sont pas comparables, l'émigration de citoyens européens vers des pays MED a augmenté de façon importante, en particulier à partir de la crise économique, et avec un mouvement croissant, des ressortissants espagnols, français et italiens décidant d'effectuer leur carrière professionnelle dans des pays MED, soit comme travailleurs salariés, soit en tant que professionnels ou travailleurs indépendants. En outre, l'on constate une augmentation considérable du nombre d'entreprises d'États de l'Union européenne qui s'établissent dans des pays MED, avec pour conséquence un flux de travailleurs détachés, ce qui induit des besoins et des problématiques nouvelles qui exigent aussi des solutions alternatives efficaces.

4. Les systèmes de sécurité sociale de certains États MED⁴

Tunisie⁵

Le système de sécurité sociale de la Tunisie est principalement étatique, même si le secteur privé est également présent à titre complémentaire pour la couverture santé. Dans les entités gestionnaires, les travailleurs et employeurs sont également représentés. Plus de 80 % de la

⁴ Pour une étude des systèmes de sécurité sociale des États de l'Union européenne, consulter les tableaux comparatifs du MISSOC (Système d'information mutuelle sur la protection sociale dans les États membres de l'UE et de l'EEE).

⁵ Les informations sur les systèmes de retraite des pays MED sont reprises de la publication «*Social Security Programs throughout the World: Africa*» («Les programmes de sécurité sociale à travers le monde: l'Afrique»). États-Unis. Bureau des retraites et des personnes handicapées. Il a également été tenu compte de la publication française CLEISS.

population est couverte par le système public. La couverture du système de sécurité sociale est en évolution, l'objectif étant de couvrir un plus grand nombre de citoyens, en particulier à faibles revenus. Seuls les travailleurs saisonniers de l'agriculture et les travailleurs domestiques ne sont pas couverts par le régime de sécurité sociale. Il existe des régimes particuliers de protection sociale pour les fonctionnaires civils et militaires et pour les travailleurs indépendants. Les principales prestations du système visent à couvrir les risques de vieillesse, de maternité, de maladie, d'invalidité permanente et de décès. Il existe également des prestations familiales. Le système est financé par une cotisation de 26,15 à 29,75 % prélevée sur les salaires, dont 9,18 % sont à la charge du travailleur et le reste à celle de l'employeur.

Maroc

Le système de sécurité sociale du Royaume du Maroc comprend quatre régimes différenciés: secteur public, secteur privé, travailleurs temporaires, et fonctionnaires territoriaux. Les travailleurs indépendants sont exclus du système. Sont reconnues les pensions d'invalidité et de retraite, contributives et non contributives. Le montant maximum de la pension est de 4 200 dirhams (environ 420 EUR) et le plus faible est de 1000 dirhams (100 EUR environ). 75 % des pensions sont inférieures au salaire minimum interprofessionnel (environ 250 EUR). La sécurité sociale verse des pensions à seulement deux millions de retraités, qui représentent 26 % de la population active. Le principal problème de ce système est que sa couverture est limitée: environ 75 % des citoyens marocains sont exclus du système public de retraite. Dans le domaine des soins de santé, deux systèmes coexistent au Maroc. Le système AMO, à caractère contributif, concerne tous les travailleurs, professionnels et retraités qui dépassent les 500 dirhams (environ 50 EUR) de revenus mensuels. Il couvre la maladie, la maternité et les accidents. Parallèlement, le système RAMED s'adresse aux moins favorisés, qui sont exclus du système contributif. Les prestations du système de sécurité sociale du Maroc couvrent les risques de maladie, de maternité, d'invalidité, de vieillesse et de décès. Il existe également des allocations familiales et des indemnités de perte d'emploi. La cotisation est de 26,96 % pour les travailleurs salariés, dont 20,48 % correspondent à l'employeur et 6,48 % au travailleur.

Algérie

Le système de sécurité sociale de l'Algérie relève du ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, qui supervise les institutions gérant les fonds prévus pour les pensions, le chômage, l'invalidité, l'aide familiale, les prestations de décès et de survie et les soins de santé. Le personnel civil et militaire a un système de prévoyance sociale propre. Les travailleurs indépendants ne sont pas inclus dans le régime. Le système est financé par 34,5 % des salaires bruts, dont 9 % sont prélevés au salarié et le reste à l'employeur. En Algérie, il existe un unique régime de retraites et le gouvernement subventionne une partie des pensions minimales. L'âge de départ à la retraite a été fixé récemment à 60 ans, sauf pour les professions ayant des conditions

de travail particulières, les femmes et les anciens combattants, pour lesquels l'âge s'établit à 55 ans avec au moins 15 ans de cotisation. Pour la pension d'invalidité permanente, il faut justifier de 100 % de diminution de la capacité de travail. Le système comprend également des prestations de maladie, pension de veuvage ou pour orphelins, de maternité et de chômage – dans ce dernier cas, uniquement pour les travailleurs de l'industrie, du commerce et du secteur des services. La couverture de santé couvre les soins primaires, les soins médicaux spécialisés et l'hospitalisation dans les établissements publics. Pour certaines maladies et affections a été mis en place un ticket modérateur, la part restant à la charge du malade étant en général proche de 20 %.

Turquie

En Turquie, la sécurité sociale est obligatoire pour les salariés de l'industrie, du commerce et des services. Le financement provient à 34,5 % des salaires, dont 22,5 % prélevés aux employeurs et 12 % aux travailleurs. Le régime accorde des prestations en cas de maladie, de maternité, d'accidents du travail, de maladies professionnelles, d'invalidité, de vieillesse, de décès et de chômage. Pour accéder à la retraite, les travailleurs doivent avoir atteint l'âge de 55 ans pour les hommes et de 50 ans pour les femmes et avoir cotisé pendant au moins 15 ans. Les bénéficiaires du régime accèdent gratuitement au système public de santé couvrant les soins de santé primaires, l'hospitalisation et les soins médicaux spécialisés. Il existe un ticket modérateur de 20 % du coût des médicaments, montant qui dans le cas des retraités se réduit à 10 %. En cas de chômage, l'employeur est tenu de payer 30 jours de salaire par année travaillée; il n'y a pas de prestation de chômage.

Égypte

Le système égyptien de sécurité sociale est contributif et fondé sur les cotisations que les employeurs et les travailleurs versent à l'entité responsable de la gestion du système, l'Organisation nationale de l'assurance sociale. Il existe six différentes catégories couvertes par des systèmes distincts de protection, lesquels diffèrent tant en ce qui concerne les conditions d'accès que pour le calcul des prestations. L'affiliation au régime est obligatoire pour les employeurs (institutions publiques ou entreprises) et facultative pour les travailleurs intérimaires et ceux qui travaillent à l'étranger. Toutefois, l'on estime que le secteur informel, qui représente 44,5 % des travailleurs, n'est pas affilié au système. L'employeur et le travailleur doivent payer 26 % des coûts salariaux à la sécurité sociale. Les prestations du système comprennent les pensions de retraite, les soins de santé, la couverture maternité, maladie ou accident, l'invalidité et le chômage. Les soins de santé sont gratuits dans les établissements publics. La pension de retraite est accessible à 60 ans à condition d'avoir cotisé au moins 240 mois et correspond généralement en moyenne à 67 % du salaire fixe de l'employé. Toutefois, la pension n'est pas régulièrement ajustée à l'inflation, et se trouve donc souvent dévalorisée après quelques années.

La couverture maladie et maternité donnent droit à 75 % du salaire mensuel, tandis qu'en cas de chômage, le travailleur perçoit 60 % de son salaire pendant 28 semaines.

Libye

Le système de sécurité sociale de la Libye a été constitué pour l'essentiel à partir de 1980. Seul le personnel des forces armées, qui a son propre système, en est exclu. L'âge d'accès à la retraite est de 65 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes. Le délai de carence pour les soins de santé est de six mois. Certaines prestations de santé sont soumises à un ticket modérateur payable par le patient.

Dans l'ensemble, on peut affirmer sans l'ombre d'un doute que les régimes de sécurité sociale des États MED sont parfaitement aptes à faire partie du champ d'application matériel d'un accord multilatéral en matière de coordination des régimes de sécurité sociales dans l'espace Euromed.

5. État actuel de l'harmonisation juridique dans l'UE

Dans le domaine de la sécurité sociale, il existe de nombreux instruments juridiques adoptés par le législateur de l'Union européenne, qui ont eu une influence en réglementant, notamment, le principe d'égalité de traitement entre ressortissants nationaux et ressortissants de pays tiers. Dans l'appareil juridique adopté par le Parlement européen et par le Conseil, il convient de souligner les dispositions suivantes:

Directive 2009/50/CE du Conseil du 25 mai 2009⁶ établissant les conditions d'entrée et de séjour des ressortissants de pays tiers aux fins d'un emploi hautement qualifié. Son article 14 dispose que *«Les titulaires d'une carte bleue européenne bénéficient de l'égalité de traitement avec les ressortissants de l'État membre qui a délivré la carte bleue européenne en ce qui concerne [...] les dispositions des législations nationales concernant les branches de sécurité sociale, telles qu'elles sont définies dans le règlement (CEE) n° 1408/71.»*

Directive 2011/98/UE du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011⁷ établissant une procédure de demande unique en vue de la délivrance d'un permis unique autorisant les ressortissants de pays tiers à résider et à travailler sur le territoire d'un État membre et établissant un socle commun de droits pour les travailleurs issus de pays tiers qui résident légalement dans un État membre. L'article 12 dispose que *«les travailleurs issus de pays tiers bénéficient de l'égalité de traitement avec les ressortissants de l'État membre où ils résident en ce qui concerne*

⁶ Journal officiel de l'Union européenne L 155 du 8.6.2009, p. 17.

⁷ Journal officiel de l'Union européenne L 343 du 23.12.2011, p. 1

[...] les branches de la sécurité sociale, telles que définies dans le règlement (CE) n° 883/2004». En outre, le paragraphe 4 de cet article énonce que: *«Les travailleurs issus de pays tiers qui déménagent dans un pays tiers ou leurs ayants droit survivants qui résident dans un pays tiers reçoivent, en relation avec la vieillesse, l'invalidité et le décès, des pensions légales basées sur l'emploi antérieur de ces travailleurs et acquises conformément à la législation visée à l'article 3 du règlement (CE) n° 883/2004 aux mêmes conditions et aux mêmes taux que les ressortissants des États membres concernés lorsqu'ils déménagent dans un pays tiers.»*

Directive 2014/36/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014⁸ établissant les conditions d'entrée et de séjour des ressortissants de pays tiers aux fins d'un emploi en tant que travailleur saisonnier. Elle dispose, dans son article 23, que: *«Les travailleurs saisonniers ont droit à l'égalité de traitement avec les ressortissants de l'État membre d'accueil au moins pour ce qui est: d) des branches de la sécurité sociale définies à l'article 3 du règlement (CE) n° 883/2004; [...] Les travailleurs saisonniers rentrant dans un pays tiers, ou les survivants de ces travailleurs résidant dans des pays tiers et ayants droit desdits travailleurs, reçoivent des pensions légales basées sur l'emploi antérieur du travailleur saisonnier et acquises conformément aux législations visées à l'article 3 du règlement (CE) n° 883/2004, aux mêmes conditions et aux mêmes taux que les ressortissants des États membres concernés lorsqu'ils déménagent dans un pays tiers.»*

En conséquence, dans une perspective purement européenne, et en tenant compte des règles d'harmonisation, les États membres sont tenus de reconnaître l'égalité de traitement des ressortissants des pays tiers en matière de sécurité sociale et, le cas échéant, l'exportation de certaines prestations lorsqu'un État, en vertu de sa législation, reconnaît l'exportation de celles-ci pour ses ressortissants. Les ressortissants des États MED, lors de l'exercice d'une activité salariée sur le territoire d'un État membre de l'Union européenne, ont, en vertu des règles d'harmonisation européennes, droit à l'égalité de traitement en matière de sécurité sociale ainsi qu'à l'exportation des droits à pension. Cependant, dans de nombreux États membres, la législation ne reconnaît même pas cette exportation pour ses propres ressortissants, et en conséquence les ressortissants de pays tiers ne peuvent pas non plus bénéficier de ce droit.

Par ailleurs, les dispositions européennes ne sont pas fondées sur la réciprocité, de sorte qu'il peut arriver qu'un ressortissant d'un État tiers A (MED) qui travaille dans un État membre B détienne tous les droits à la sécurité sociale de l'État B, alors qu'un citoyen de l'État B qui travaille dans l'État A (MED) n'a aucun droit au motif que la législation de l'État A ne reconnaît pas aux étrangers le principe d'égalité de traitement et, par voie de conséquence, les exclut du champ d'application personnel du système de sécurité sociale de cet État. En outre, l'exportation

⁸ Journal officiel de l'Union européenne L 94 du 28.3.2014, p. 375

des droits à pension ne saurait leur être appliquée, bien que l'État MED concerné l'applique à ses propres ressortissants.

6. État actuel de la coordination au niveau européen

L'Union européenne a lancé de multiples actions dans le domaine de la coordination des systèmes de sécurité sociale des États membres. La plupart de ces actions, mais non toutes, sont la conséquence de la mise en place de la libre circulation des travailleurs et de son développement. À cet égard, il faut reconnaître que l'absence d'harmonisation des systèmes européens de sécurité sociale peut constituer un obstacle de taille pour les déplacements transfrontières à des fins de travail. C'est là qu'intervient précisément, d'une manière générale, le rôle des règles de coordination, qui visent à ce que les travailleurs migrants ou les personnes qui circulent ne perdent pas leurs droits acquis ou futurs lorsqu'ils se déplacent d'un pays à l'autre et que, de ce fait, ils restent soumis à différents systèmes de sécurité sociale. C'est la raison pour laquelle les traités⁹ prévoient, dans le domaine de la coordination, un certain nombre de grands principes – égalité de traitement, unicité de la législation applicable, maintien des droits acquis (exportabilité des prestations), conservation des droits en cours d'acquisition (prise en compte de la totalité des périodes d'assurance) et coopération administrative.

Lorsqu'il est question de la coordination des régimes de sécurité sociale au niveau européen, il est immédiatement fait référence au règlement n° 1408/71¹⁰, au règlement n° 574/72¹¹ et aux règlements qui leur ont succédé, à savoir le règlement n° 883/2004¹² et le règlement n° 987/2009¹³, qui peuvent être considérés comme l'un des acquis les plus marquants du droit social/du travail européen et de l'Europe des citoyens. À cet égard, et en mettant l'accent sur les relations avec les pays MED, il convient de souligner que ces instruments législatifs sont limités quant à leur champ d'application personnel puisqu'ils n'incluent pas les ressortissants de pays tiers (à l'exception des réfugiés, des apatrides et des membres de la famille ou survivants de ressortissants de l'Union). En conséquence, environ 20 millions de ressortissants de pays tiers

⁹ Voir l'article 48 du TFUE.

¹⁰ Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (version consolidée – JO L 28 du 30. 1. 1997).

¹¹ Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil, du 21 mars 1972, fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (JO L 74 du 27.3.1972).

¹² Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (JO L 166 du 30.4.2004, p. 1).

¹³ Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (JOUE L 284 du 30.10.2009, p. 1).

résidant sur le territoire de l'Union européenne ont été exclus du champ d'application des règlements, ce qui semble être un contresens dans un marché unique où le principe d'égalité joue en faveur des travailleurs et sert de garde-fou pour éliminer la concurrence déloyale entre entreprises. À cet égard, l'on peut proposer ici une série d'exemples des incohérences qui découlaient, dans le passé, de la non-application des règlements de coordination aux ressortissants de pays tiers exerçant une activité professionnelle sur le territoire de l'Union européenne:

- Cas d'un ressortissant marocain travaillant légalement en Espagne et se rendant en France pour rendre visite à des membres de sa famille. S'il tombait malade en France, il ne pouvait pas utiliser sa carte d'assurance maladie.
- Exemple d'un travailleur égyptien ayant réalisé sa carrière en France et en Allemagne. Il ne pouvait pas prétendre à la totalisation de ses périodes de cotisation en France et en Allemagne pour le calcul de sa retraite allemande et française.
- Cas d'un travailleur tunisien travaillant en Espagne mais dont les enfants résident au Portugal. Il n'avait pas droit aux allocations familiales espagnoles.
- Cas d'un travailleur jordanien travaillant au Royaume-Uni et dont l'entreprise souhaite le détacher en Allemagne pour une période de deux ans. Il ne pouvait pas maintenir son affiliation à la sécurité sociale britannique alors que les collègues de son entreprise, citoyens de l'Union, continuaient d'y être affiliés et d'y cotiser.

Toutefois, le principe de réalité l'a emporté sur la déraison et, au bout du compte, les ressortissants de pays tiers établis régulièrement dans l'UE ont été inclus, moyennant une formule juridique particulière, dans le champ d'application personnel des règlements. À cet effet ont été adoptés les règlements n° 859/2003¹⁴ et n° 1231/2010¹⁵ qui étendent le champ personnel des règlements n° 1408/71 et n° 883/2004 aux ressortissants des États tiers qui exercent leur activité professionnelle légalement sur le territoire de l'Union. Cela a permis, dans le domaine du travail transfrontière spécifiquement européen, que les ressortissants de pays tiers (MED) et les citoyens de l'Union soient soumis à la même réglementation et au même traitement. Or, les règlements précités n'interagissent pas avec les systèmes de sécurité sociale des pays MED mais seulement avec ceux des États membres. Il paraît logique de penser qu'un citoyen d'un État MED qui a cotisé dans son pays d'origine doit maintenir ses droits futurs sans que ces cotisations soient nécessairement perdues ou sans effet. Toutefois, les règles européennes ne reconnaissent

¹⁴ Règlement (CE) n° 859/2003 du Conseil du 14 mai 2003 visant à étendre les dispositions du règlement (CEE) n° 1408/71 et du règlement (CEE) n° 574/72 aux ressortissants de pays tiers qui ne sont pas déjà couverts par ces dispositions uniquement en raison de leur nationalité (JOUE L 124 du 20/5/2003, p. 1).

¹⁵ Règlement (UE) n° 1231/2010 du Parlement européen et du Conseil du 24 novembre 2010 visant à étendre le règlement (CE) n° 883/2004 et le règlement (CE) n° 987/2009 aux ressortissants de pays tiers qui ne sont pas déjà couverts par ces règlements uniquement en raison de leur nationalité (JO L 344 du 29.12.2010, p. 1).

pas la totalisation de ces périodes d'assurance, ce qui pose de sérieux problèmes lors de la reconnaissance des droits à la retraite.

7. Somme de l'harmonisation et de la coordination européenne

À l'heure actuelle, il existe, en Europe, un principe d'égalité de traitement entre ressortissants de pays tiers et citoyens de l'Union dans le domaine de la sécurité sociale, compte tenu des règles d'harmonisation auxquelles nous avons fait référence dans les paragraphes précédents. En même temps, lorsque des ressortissants de pays tiers MED résidant légalement sur le territoire d'un État membre A se déplacent (à des fins de congés, d'études, etc.) dans un autre État membre B et, par exemple, doivent être pris en charge médicalement, ou encore ont exercé une activité salariée dans un État membre A et dans un État membre B, ils peuvent bénéficier des règles de coordination de l'Union et se faire soigner dans l'État B ou demander la totalisation des périodes d'assurance pour lesquelles ils ont cotisé dans l'État A et l'État B pour faire valoir leur droit à la retraite. En outre, il convient de rappeler que les ressortissants de pays tiers qui sont titulaires de droits à pension en vertu de leur carrière professionnelle reçoivent des pensions légales de vieillesse, d'invalidité ou de décès, lorsqu'ils déménagent dans leur pays d'origine, aux mêmes conditions et aux mêmes taux que les ressortissants des États membres concernés.

8. Lacunes et déficits

Dans le domaine de la sécurité sociale appliquée aux ressortissants de pays tiers, l'Union européenne a construit un arsenal juridique abondant. Toutefois, le dispositif juridique européen a été érigé de manière pour ainsi dire endogame, unilatérale, où la réciprocité fait cruellement défaut. Il n'existe pas, en ce qui concerne les règles, règlements ou directives que nous avons analysés, de critères de bilatéralité ou de reconnaissance mutuelle. Il n'y a pas eu de négociation officielle avec les pays tiers. L'Union légifère dans le cadre de ses compétences, mais uniquement dans une perspective interne. De manière générale, elle part du principe que son champ d'action est le territoire de l'Union européenne et les systèmes de sécurité sociale des États membres. Par conséquent, les personnes, citoyens de l'Union ou ressortissants de pays extérieurs à l'UE (MED), qui travaillent et résident sur son territoire détiennent une série de droits qu'on pourrait qualifier d'internes ou de communautaires, qui se diluent dès qu'entre en jeu le système de sécurité sociale ou le territoire d'un pays tiers. Ainsi, à titre d'exemple, un travailleur égyptien qui exerce son activité professionnelle en Pologne sera assuré (principe d'égalité de traitement) en Pologne, conformément aux directives visées au point 5. En outre, au titre du règlement n° 1231/2010, si ses enfants résident ou étudient en France, la Pologne doit lui accorder des allocations familiales. De même, ledit travailleur égyptien pourrait recevoir, en

vertu du règlement n° 1231/2010, des soins de santé en France si, à la suite d'un déplacement temporaire dans ce pays, il en avait besoin, la Pologne s'acquittant des coûts occasionnés. De même, au moment de partir à la retraite, s'il avait cotisé, par exemple, 10 ans en France et 15 ans en Pologne (durée minimale de cotisation en Pologne: 25 ans), les périodes de cotisation françaises et polonaises viendraient s'ajouter pour lui ouvrir le droit à une retraite française et polonaise. De même, ces pensions françaises et polonaises seraient exportées vers l'Espagne, si l'intéressé pouvait prouver qu'il séjourne légalement, par exemple, sur le territoire espagnol. Or tous ces droits sont reconnus uniquement au sein de la sphère européenne. Dépassons cette dimension et revenons à l'exemple ci-dessus en le modifiant légèrement. Le travailleur égyptien travaillant en Pologne et dont les enfants résideraient en Égypte n'aurait pas droit aux prestations familiales polonaises car les règles européennes ne couvrent pas ces cas et il n'existe pas, entre la Pologne et l'Égypte, de convention bilatérale de sécurité sociale. Il ne pourrait pas non plus bénéficier de soins de santé au titre de la Pologne s'il tombait malade lors d'une visite en Égypte. En outre, même s'il avait cotisé pendant 15 ans en Pologne et 10 ans en Égypte, ces périodes ne seraient pas prises en compte (pas de totalisation) dans le calcul de la pension polonaise ou égyptienne, et il se verrait refuser cette prestation. Enfin, en admettant que le travailleur égyptien puisse accéder à un type de retraite pour les années cotisées en Pologne, il n'aurait droit à l'exportation de celle-ci qu'à la condition que la législation polonaise ait prévu ce cas pour ses propres ressortissants.

À cet égard, l'on peut noter les limites des règles européennes, qui sont établies en Europe et pour l'Europe, et ont besoin d'une dimension extérieure afin de couvrir des situations, au demeurant très fréquentes, qui se produisent en dehors du territoire de l'Union.

D'autre part, ces règles européennes, qui n'ont pas vocation à la bilatéralité et à la réciprocité, ne servent pas à défendre les droits des citoyens européens lorsqu'ils ont exercé ou exercent des activités professionnelles dans des pays tiers. Un exemple peut illustrer la problématique actuelle. Un travailleur en provenance d'un pays tiers MED exerce son activité professionnelle légalement dans un État membre. En vertu des règles de l'Union, ledit travailleur doit bénéficier des mêmes droits en matière de sécurité sociale qu'un ressortissant de l'État membre concerné. De même, si la législation de l'État membre autorise, pour ses propres ressortissants, l'exportation des pensions vers des pays tiers (MED), le ressortissant du pays MED bénéficie également de ce droit. Toutefois, et conformément à l'exemple ci-dessus, si les règles européennes ne s'appliquent pas au citoyen de l'Union de l'État membre concerné qui travaille dans un pays tiers MED, il peut arriver que la législation de l'État tiers MED ne reconnaisse aucun droit au citoyen de l'Union ou, le cas échéant, ne prévoient pas l'exportation des droits à pension qui lui ont été accordés s'il souhaite retourner dans son pays d'origine.

L'accent doit être mis, par ailleurs, sur le détachement de travailleurs dans le cadre d'une prestation de services. Sur ce point, nous recourons à nouveau à un exemple: celui de travailleurs détachés par leur entreprise depuis un État membre A vers le territoire d'un pays tiers MED pour

y exercer une activité professionnelle. Dans le cas où il n'existe pas de convention bilatérale de sécurité sociale, il peut arriver que la législation de l'État membre de l'Union (par exemple, l'Espagne) exige le paiement de cotisations à son régime de sécurité sociale lorsqu'il n'existe pas de convention bilatérale (par exemple, entre l'Espagne et l'Égypte) et que, en outre, elle rende obligatoire le paiement des cotisations dans le pays tiers (l'Égypte), ce qui signifie une double cotisation et une hausse des coûts. Cela peut se traduire par une perte de compétitivité.

Par conséquent, l'on ne saurait considérer que la tâche est achevée ou que le cycle est conclu. En effet, la mondialisation exige un effort et un engagement supplémentaires dans ce domaine, essentiellement pour trois types de raisons. En premier lieu, afin de protéger les droits des travailleurs migrants de pays tiers MED exerçant leur activité professionnelle sur le long terme dans l'Union et qui justifient également d'une carrière au cours de laquelle ils ont cotisé dans leur État d'origine. Deuxièmement, pour protéger les ressortissants de l'UE dans leurs déplacements à des fins de travail en dehors de l'Union soit comme travailleurs détachés, soit en tant que migrants au sens strict. Troisièmement, pour renforcer la coopération entre l'Union européenne et les États méditerranéens voisins et mettre en place un espace méditerranéen plus équitable et plus actif socialement, qui permette un rapprochement des valeurs, des principes et des intérêts.

9. Les accords d'association et les décisions en matière de coordination

Le premier exercice de bilatéralité, de réciprocité et de dimension extérieure de la coordination a lieu pour l'essentiel dans le cadre de certains accords euro-méditerranéens, accords d'association, accords de stabilisation, et dans une mesure minimale, presque inexistante, dans celui de certains accords commerciaux. Ainsi, les accords d'association ou de stabilisation entre l'UE, d'une part, et l'Algérie, Israël, le Maroc et la Tunisie, d'autre part, ainsi que les accords de stabilisation et d'association entre l'UE et l'ancienne République yougoslave de Macédoine, le Monténégro, la Turquie, l'Albanie et la Bosnie-Herzégovine, contiennent des dispositions sur une coordination limitée des systèmes de sécurité sociale des États membres et des pays tiers susmentionnés. Il suffit de citer, à titre d'exemple, l'article 65 de l'accord euro-méditerranéen établissant une association entre les Communautés européennes et leurs États membres, d'une part, et le Royaume du Maroc, d'autre part, qui prévoit que: *«Sous réserve des dispositions des paragraphes suivants, les travailleurs de nationalité marocaine et les membres de leur famille résidant avec eux bénéficient dans le domaine de la sécurité sociale d'un régime caractérisé par l'absence de toute discrimination fondée sur la nationalité par rapport aux propres ressortissants des États membres dans lesquels ils sont occupés. La notion de sécurité sociale couvre les branches de sécurité sociale qui concernent les prestations de maladie et de maternité, les prestations d'invalidité, de vieillesse, de survivants, les prestations d'accident de travail et de maladie professionnelle, les allocations de décès, les prestations de chômage et les*

prestations familiales. [...] Ces travailleurs bénéficient de la totalisation des périodes d'assurance, d'emploi ou de résidence accomplies dans les différents États membres, pour ce qui concerne les pensions et rentes de vieillesse, d'invalidité et de survie, les prestations familiales, les prestations de maladie et de maternité ainsi que les soins de santé pour eux-mêmes et leur famille résidant à l'intérieur de la Communauté. Ces travailleurs bénéficient des prestations familiales pour les membres de leur famille résidant à l'intérieur de la Communauté. Ces travailleurs bénéficient du libre transfert vers le Maroc, aux taux appliqués en vertu de la législation de l'État membre ou des États membres débiteurs, des pensions et rentes de vieillesse, de survie et d'accident de travail ou de maladie professionnelle, ainsi que d'invalidité, en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle, à l'exception des prestations spéciales à caractère non contributif. Le Maroc accorde aux travailleurs ressortissants des États membres occupés sur son territoire, ainsi qu'aux membres de leur famille, un régime analogue à celui prévu aux paragraphes [précédents].»

Des dispositions analogues figurent dans les autres accords mentionnés au paragraphe précédent.

Le Conseil de l'Union européenne est parvenu en 2010 et en 2012¹⁶ à un accord politique sur les projets de décisions relatives à la position à adopter par l'UE au sein des différents conseils

¹⁶ Décision du Conseil du 6 décembre 2012 relative à la position à adopter, au nom de l'Union européenne, au sein du Conseil de stabilisation et d'association institué par l'accord de stabilisation et d'association entre les Communautés européennes et leurs États membres, d'une part, et la République d'**Albanie**, d'autre part, en ce qui concerne l'adoption de dispositions sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (2012/773/UE), Journal officiel de l'Union européenne L 340 du 13.12.2012, p. 1; Décision du Conseil du 21 octobre 2010 relative à la position à adopter par l'Union européenne au sein du conseil d'association institué par l'accord euro-méditerranéen établissant une association entre la Communauté européenne et ses États membres, d'une part, et la **République algérienne** démocratique et populaire, d'autre part, concernant l'adoption de dispositions sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (2010/699/UE), Journal officiel de l'Union européenne L 306 du 23.11.2010, p. 14; Décision du Conseil du 21 octobre 2010 relative à la position à adopter par l'Union européenne au sein du conseil d'association institué par l'accord euro-méditerranéen établissant une association entre les Communautés européennes et leurs États membres, d'une part, et l'État d'**Israël**, d'autre part, concernant l'adoption de dispositions sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (2010/700/UE), Journal officiel de l'Union européenne L 306/23 du 23.11.2010, p. 21; Décision n° .../... du conseil d'association institué par l'accord euro-méditerranéen établissant une association entre les Communautés européennes et leurs États membres, d'une part, et le Royaume du **Maroc**, d'autre part, du ... concernant les dispositions de coordination des systèmes de sécurité sociale énoncées dans l'accord euro-méditerranéen, Journal officiel de l'Union européenne L 306 du 23.11.2010, p. 2; Décision du Conseil du 6 décembre 2012 relative à la position à adopter, au nom de l'Union européenne, au sein du Conseil de stabilisation et d'association institué par l'accord de stabilisation et d'association entre les Communautés européennes et leurs États membres, d'une part, et la République du **Monténégro**, d'autre part, en ce qui concerne l'adoption de dispositions sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (2012/774/UE), Journal officiel de l'Union européenne L 340 du 13.12.2012, p. 7; Décision n° .../... du conseil d'association institué par l'accord euro-méditerranéen établissant une association entre les Communautés européennes et leurs États membres, d'une part, et la **République tunisienne**, d'autre part, du ... concernant les dispositions de coordination des systèmes de sécurité sociale énoncées dans l'accord euro-méditerranéen, Journal officiel de l'Union européenne L 306 du 23.11.2010, p. 9; Décision du Conseil du 6 décembre 2012 relative à la position à adopter, au nom de l'Union européenne, au sein du Conseil d'association institué par l'accord créant une association entre la Communauté économique européenne et la **Turquie**, en ce qui concerne l'adoption de dispositions sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (2012/776/UE), Journal officiel de l'Union européenne L 340 du 13.12.2012, p. 19

d'association et de stabilisation entre l'Union européenne et l'Algérie, l'ancienne République yougoslave de Macédoine, Israël, le Maroc et la Tunisie, la Turquie, le Monténégro et l'Albanie. Il ne resterait à fixer la position du Conseil que dans le cas de la Bosnie-Herzégovine.

Certains des déficits qui ont été décrits dans les paragraphes précédents, tels que ceux relatifs à la bilatéralité et la réciprocité en ce qui concerne l'égalité de traitement et l'exportation de droits à pension, se voient résolus par ces décisions.

Un certain nombre de clauses contenues dans ces accords sont déjà remplies avec l'adoption des règlements n° 859/2003 et n° 1231/2011 (par exemple, «*ces travailleurs bénéficient de la totalisation des périodes d'assurance, d'emploi ou de résidence accomplies [dans les différents États membres]*» ou «*Ces travailleurs bénéficient des prestations familiales pour les membres de leur famille résidant [sur le territoire de l'UE]*»), de sorte que l'Union, fût-ce avec retard, peut faire valoir qu'elle a respecté ses engagements, au moins pour ce qui concerne ces aspects.

Toutefois, la majeure partie des dispositions figurant dans ces accords ne pouvaient pas être considérées comme étant d'application immédiate, mais nécessitaient un développement normatif au moyen d'instruments ad hoc. Cette exigence s'est concrétisée, mais seulement en ce qui concerne l'Union européenne, par les décisions adoptées par le Conseil en 2010 et 2012.

La teneur de ces décisions est concentrée sur l'exportation de certaines prestations par les États de l'Union aux États signataires des accords les concernant et sur la reconnaissance de l'égalité de traitement aux travailleurs ressortissants du pays tiers concerné qui travaillent légalement dans l'UE, ainsi qu'aux membres de leur famille. Elles garantissent également que les dispositions sur l'exportation des prestations et l'octroi de l'égalité de traitement s'appliquent aussi, au titre de la réciprocité, aux travailleurs de l'UE employés légalement dans les pays partenaires tiers et aux membres de leurs familles.

Il convient de souligner que pour que ces dispositions (décisions) puissent prendre effet, il faut qu'elles soient adoptées et approuvées par les conseils d'association et les conseils de stabilisation. Toutefois, à ce jour, aucun conseil d'association ou de stabilisation n'a approuvé la proposition de l'Union, si bien que ces règles se trouvent dans une situation de flou juridique, ce qui ne profite en rien aux travailleurs migrants de l'UE et des pays MED. L'on s'attend cependant à ce qu'il y ait, dans un proche avenir, une réaction positive des conseils d'association ou de stabilisation respectifs.

D'autre part, l'exemple de ces accords d'association et de stabilisation n'a malheureusement pas été suivi pour d'autres cas similaires. En effet, par exemple, les accords avec l'Égypte, le Liban, la Jordanie ou la Syrie ne contiennent pas de dispositions de coordination équivalentes à celles existant par exemple dans les accords avec l'Algérie, le Maroc et la Tunisie. De fait, il s'est produit une certaine régression, qu'il faudrait corriger. À cet égard, et à titre purement indicatif, nous reproduisons ci-après l'article 62 de l'accord euro-méditerranéen établissant une association

entre les Communautés européennes et leurs États membres, d'une part, et la République arabe d'Égypte, d'autre part: *«Les parties réaffirment l'importance qu'elles attachent au traitement équitable de leurs travailleurs qui résident et sont employés en toute légalité sur le territoire de l'autre partie. Les États membres et l'Égypte accepteront, à la demande de l'un d'eux, d'envisager la négociation d'accords bilatéraux réciproques relatifs aux conditions de travail et aux droits sociaux des travailleurs égyptiens et des travailleurs des États membres qui résident et sont employés légalement sur leurs territoires respectifs.»* L'article 65 de ce même instrument juridique dispose que *«Afin de consolider la coopération dans le domaine social entre les parties, des actions et programmes portant sur tout thème d'intérêt pour elles seront mis en place. Seront prioritaires: a) la réduction des pressions migratoires, notamment par l'amélioration des conditions de vie, la création d'emplois et d'activités génératrices de revenus et le développement de la formation dans les zones d'émigration; d) l'amélioration du système de protection sociale; e) l'amélioration du système de couverture sanitaire.»*

Or, cette disposition minimale dans le domaine de la sécurité sociale n'est même pas reproduite dans d'autres accords (avec la Jordanie, le Liban) dans lesquels la référence à la sécurité sociale est minimaliste voire nulle, n'atteignant même pas le niveau existant dans l'accord avec l'Égypte.

10. La coordination bilatérale

Pour une large part, les problèmes existants en matière de coordination de régimes de sécurité sociale se résolvent grâce à la négociation de conventions bilatérales, compétence qui relève en principe, quoique pas dans son entièreté, des États membres. De fait, la situation dans le domaine de la sécurité sociale des citoyens originaires de pays signataires (États membres et États tiers) a été régie essentiellement par des instruments bilatéraux, au moment des migrations professionnelles entre États signataires de la convention. Cette ligne d'action nationale suppose forcément un scénario à géométrie variable dans lequel chaque État membre défend ses propres intérêts et conclut des conventions bilatérales en se fondant sur ses propres critères. Toutefois, il est pratiquement impossible que les 28 États membres de l'Union puissent, à titre séparé, entamer des négociations avec tous les pays MED. En réalité, ce processus de négociation bilatérale présente un caractère non coordonné et systématique puisque dans la pratique, les États membres agissent unilatéralement sans tenir compte des intérêts des autres États membres, ni des actions que ceux-ci mettent en œuvre dans ce domaine. De même, ils ne respectent pas toujours toutes les exigences de la législation européenne. En conséquence, l'harmonisation d'approches ou de critères fait défaut, ce qui se traduit par un manque de transparence et d'interconnexion qui nuit aux travailleurs et aux entreprises.

Par ailleurs, les conventions bilatérales ont une portée limitée, tant en ce qui concerne leur champ d'application personnel, qui couvre, dans certains cas, uniquement les travailleurs des pays signataires, qu'en ce qui concerne leur champ d'application matériel (prestations couvertes).

À titre indicatif, et bien que les conventions bilatérales, en raison même de leur caractère bilatéral, peuvent varier fortement, la convention de sécurité sociale entre l'Espagne et le Maroc¹⁷ a été prise comme exemple. Ses caractéristiques principales, pouvant être étendues de manière générale aux autres conventions, sont les suivantes:

- **Champ d'application personnel:** les Espagnols et les Marocains qui travaillent ou ont travaillé dans les deux pays ainsi que les membres de leur famille et leurs survivants.
- **Champ d'application matériel** – *Pour l'Espagne, cela concerne:* les soins de santé en cas de maternité, de maladie professionnelle ou autre et d'accident que ce soit de travail ou pas; les prestations d'incapacité temporaire et de maternité; les prestations d'incapacité permanente, de vieillesse, de décès et de survie; la protection de la famille; la rééducation et la réhabilitation des personnes invalides; l'assistance et les services sociaux. *Pour le Maroc, cela concerne:* la législation relative au régime de sécurité sociale; la législation relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles; les dispositions adoptées par l'autorité publique chargée des régimes particuliers de sécurité sociale couvrant les salariés ou assimilés et qui concernent les risques et les prestations prévues par la législation relative aux régimes de sécurité sociale.
- **Spécificités** – Au moment de bénéficier des prestations à caractère contributif prévues dans la convention, l'on peut prendre en compte les périodes d'assurance cotisées en Espagne et au Maroc. Les prestations pécuniaires à caractère contributif pourront être perçues, que la personne concernée réside ou se trouve en Espagne ou au Maroc. Chaque pays versera ses propres prestations directement au bénéficiaire. Les personnes satisfaisant aux conditions imposées par les législations de l'Espagne et du Maroc pour bénéficier d'une pension contributive pourront percevoir celle-ci de chacun des pays.

Il convient toutefois d'analyser, du point de vue Euromed, certains problèmes et lacunes pouvant apparaître en raison du caractère bilatéral des conventions et de leurs limitations personnelles et matérielles. À cet effet, ladite convention hispano-marocaine a servi de base pour présenter une série d'exemples.

- Le cas d'un travailleur de nationalité algérienne qui au long de son parcours professionnel a travaillé huit ans au Maroc et dix ans en Espagne. Comme le champ d'application personnel couvre seulement les ressortissants marocains et espagnols, le travailleur, bien qu'il compte

¹⁷ Convention de sécurité sociale entre l'Espagne et le Royaume du Maroc du 8 novembre 1979, modifiée par le protocole additionnel à la convention du 27 janvier 1998, BOE (Journal officiel de l'État) n° 245 du 13.10.1982 et BOE n°282 du 24.11.2001.

dix-huit années de cotisation, n'aura pas droit à une pension espagnole (quinze ans de cotisations) ni marocaine (3 240 jours) car il ne peut pas additionner les périodes.

- Un travailleur citoyen de l'Union européenne dans la même situation que celle du cas précédent ne pourra pas non plus prétendre à la pension marocaine ou espagnole¹⁸.
- Le cas d'un travailleur marocain ou espagnol qui a travaillé sept ans en Espagne, sept ans au Portugal et une année au Maroc. Si l'Espagne appliquait le règlement n° 883/2004 et ajoutait les cotisations portugaises, le travailleur marocain n'aurait pas droit à la pension espagnole. Si, en application de la convention bilatérale hispano-marocaine, on ajoutait, à titre séparé, les cotisations marocaines, il n'aurait pas droit non plus à la pension espagnole. En revanche, si l'on pouvait additionner les cotisations portugaises, espagnoles et marocaines, le travailleur concerné pourrait avoir accès à la pension correspondante. Malheureusement, l'administration espagnole ne relie la convention avec le règlement n°883/2004. D'où la nécessité d'un instrument qui relie l'Union européenne et le Maroc ou d'un accord en matière de sécurité sociale pour l'espace Euromed.

Par ailleurs, même si l'existence d'une convention ne garantit pas tous les droits, comme indiqué dans les exemples ci-dessus, l'absence d'une convention bilatérale est synonyme de problèmes encore plus importants. Nous utiliserons à nouveau fois la technique de l'exemple pour mieux comprendre la problématique existante.

- Le cas d'un travailleur marocain qui a travaillé huit ans au Maroc et 21 ans en Pologne. Bien que le travailleur puisse justifier de 29 années de cotisation, il n'aurait droit à une pension ni en Pologne (2 années de cotisation) ni au Maroc (3 240 jours), étant donné qu'il n'existe pas de convention bilatérale et que dès lors les périodes ne peuvent pas être additionnées. En revanche, si le cas était le même, mais que les pays concernés étaient l'Espagne et le Maroc, le travailleur se verrait reconnaître une pension marocaine et une pension espagnole.
- Le cas d'entreprises établies dans les États A et B de l'Union, l'Espagne et la Pologne, qui détachent leurs travailleurs vers un État MED (le Maroc, par exemple) pour une période de 2 ans. La législation de cet État MED exige le paiement de cotisations par les travailleurs qui exercent leur activité professionnelle sur son territoire. Par ailleurs, la législation des États A et B prévoit le paiement de cotisations pour les travailleurs détachés. L'État A a conclu avec l'État MED une convention bilatérale qui permet de ne cotiser que dans l'État d'origine, sans

¹⁸ L'Espagne pourrait, en application de l'arrêt du 15 janvier 2002 dans l'affaire C-55/00, Elide Gottardo/Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS), Recueil 2002, p. I-413, octroyer une prestation au prorata si le Maroc lui fournit des informations sur les cotisations du ressortissant allemand. Comme la convention ne couvre que les citoyens marocains et espagnols, le Maroc pourrait refuser de livrer ces données.

effectuer de paiement dans l'État où le travail est presté. En revanche, l'entreprise de l'État B devra payer une double cotisation: dans son propre pays et dans l'État MED. Dans ce dernier cas, l'entreprise qui détache ses travailleurs perdrait de sa compétitivité puisqu'elle doit supporter des coûts sociaux plus importants.

- Le cas de travailleurs des États de l'Union (A et B) qui exercent leur activité professionnelle pendant 20 ans dans un État Euromed (C), lequel ne prévoit dans sa législation relative à la sécurité sociale ni l'affiliation des étrangers ni l'exportation des droits à pension. L'État A a conclu une convention bilatérale qui porte également sur l'égalité de traitement et la conservation des droits acquis (exportation des droits à pension). L'État B n'a conclu aucune convention avec l'État C. La situation des travailleurs des États A et B est totalement différente. Alors que le travailleur de l'État A peut bénéficier de la sécurité sociale de l'État C et, s'il accède à la pension, peut toucher celle-ci dans l'État A s'il y retourne, le travailleur de l'État B n'aurait pas droit à une pension et, même si c'était le cas, il ne pourrait pas en bénéficier dans son pays d'origine.

En tout état de cause et étant donné que les actions dans le domaine de la coordination de la sécurité sociale se fondent principalement sur la négociation bilatérale, on trouvera ci-après une liste des conventions bilatérales de sécurité sociale qui lient les États membres et les États MED¹⁹.

- **Allemagne:** Bosnie-Herzégovine, Israël, Maroc, Monténégro, Tunisie et Turquie
- **Autriche:** Bosnie-Herzégovine, Israël, Monténégro, Tunisie et Turquie
- **Belgique:** Algérie, Bosnie-Herzégovine, Israël, Maroc, Monténégro, Tunisie et Turquie
- **Slovaquie:** Bosnie-Herzégovine, Israël, Monténégro et Turquie
- **Espagne:** Maroc et Tunisie
- **France:** Algérie, Bosnie-Herzégovine, Israël, Maroc, Mauritanie, Monaco, Monténégro, Tunisie et Turquie
- **Italie:** Bosnie-Herzégovine, Israël, Monaco, Monténégro, Tunisie et Turquie
- **Luxembourg:** Bosnie-Herzégovine, Monténégro, Tunisie et Turquie
- **Pologne:** Bosnie-Herzégovine et Monténégro
- **Portugal:** Maroc et Tunisie
- **Royaume-Uni:** Bosnie-Herzégovine, Israël, Monténégro et Turquie
- **Suède:** Bosnie-Herzégovine, Israël, Maroc et Turquie
- **Bosnie-Herzégovine (11):** Allemagne, Autriche, Belgique, France, Italie, Luxembourg, Norvège, Pologne, Royaume-Uni, Slovaquie, et Suède

¹⁹ Informations extraites de l'analyse *Analysis of Member States' bilatérale Agreements on Social Security with third countries* de Bernhard Spiegel, commandée par la direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'égalité des chances de la Commission européenne, contrat n° VC/2010/0646

- **Turquie:** Allemagne, Autriche, Belgique, France, Italie, Luxembourg, Norvège, Royaume-Uni, Slovaquie et Suède
- **Israël:** Allemagne, Autriche, Belgique, France, Italie, Norvège, Royaume-Uni, Slovaquie et Suède
- **Monténégro:** Allemagne, Autriche, Belgique, France, Italie, Luxembourg, Pologne, Royaume-Uni et Slovaquie
- **Tunisie:** Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, France, Italie, Luxembourg et Portugal
- **Maroc:** Allemagne, Belgique, Espagne, France, Portugal et Suède
- **Algérie:** Belgique et France
- **Monaco:** France et Italie
- **Mauritanie:** France

11. L'arrêt Gottardo de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) - Les limitations de la bilatéralité

Une des raisons qui, en ce qui concerne la coordination de la sécurité sociale, plaident en faveur d'une action commune de l'Union et non d'un développement purement bilatéral, est l'arrêt de la CJUE rendu dans l'affaire *Elide Gottardo*²⁰ contre l'*Istituto nazionale della previdenza sociale* (Institut national de prévoyance des journalistes italiens). La requérante, de nationalité française, a travaillé successivement en Italie, en Suisse et en France et peut justifier des périodes d'assurance dans ces pays. La France et la Suisse ont reconnu les droits à pension correspondants sans qu'il soit nécessaire de procéder à la totalisation des périodes. Toutefois, l'Italie a rejeté la demande de pension au motif que bien que l'on puisse cumuler les périodes de cotisations françaises (en application du règlement n° 1408/71), la période minimum de cotisation requise par la législation italienne n'avait pas été atteinte, de sorte que la seule voie consistait à prendre en compte également les périodes suisses. Pour que l'Italie puisse octroyer une pension à la requérante, il était nécessaire de passer par la mise en œuvre de la convention entre la Suisse et l'Italie ouverte uniquement aux ressortissants des États signataires, or l'intéressée était de nationalité française. À cet égard, l'on peut rappeler, par exemple, ce qui a été dit pour la convention hispano-marocaine et les autres conventions qui elles aussi n'étendent leur champ d'application personnel qu'aux ressortissants des États signataires. Cet arrêt a donc aussi des incidences pour l'espace Euromed et ne doit pas être considéré comme applicable uniquement dans le cadre des relations entre les États membres de l'UE.

L'arrêt a été catégorique, nous avons donc repris une partie de celui-ci: «*S'agissant d'une convention internationale bilatérale, [...] les États membres [...] ne peuvent s'affranchir du*

²⁰ Affaire 55/00.

respect des règles communautaires, mais doivent exercer leur pouvoir dans le respect des règles communautaires [...]» «Il découle de cette jurisprudence que, dans la mise en œuvre des engagements qu'ils ont contractés en vertu de conventions internationales, qu'il s'agisse d'une convention entre États membres ou d'une convention entre un État membre et un ou plusieurs pays tiers, les États membres sont tenus [...] de respecter les obligations qui leur incombent en vertu du droit communautaire. Le fait que les pays tiers, quant à eux, ne soient tenus au respect d'aucune obligation au titre du droit communautaire n'est, à cet égard, pas pertinent.»; «Il résulte de l'ensemble des considérations qui précèdent que, lorsqu'un État membre conclut avec un pays tiers une convention internationale bilatérale de sécurité sociale, (par exemple avec un État MED) prévoyant la prise en compte des périodes d'assurance accomplies dans ledit pays tiers pour l'acquisition du droit à prestations de vieillesse, le principe fondamental d'égalité de traitement impose à cet État membre d'accorder aux ressortissants des autres États membres les mêmes avantages que ceux dont bénéficient ses propres ressortissants en vertu de ladite convention, à moins qu'il ne puisse avancer une justification objective à son refus.»

Pour revenir à l'exemple évoqué précédemment d'un ressortissant allemand qui a exercé son activité professionnelle en Espagne et au Maroc et qui ne peut se voir appliquer la convention hispano-marocaine parce que le champ d'application personnel de cet instrument se limite aux ressortissants des États signataires (Espagne et Maroc), l'Espagne serait, dans ce cas, tenue d'appliquer l'arrêt Gottardo mais, comme le relève cet arrêt, les obligations juridiques découlant de celui-ci ne lient que l'État membre et non le pays tiers qui ne saurait être concerné par une juridiction qui n'a pas de compétence à son égard et qui ne peut exiger de lui l'exécution d'un ordre juridique qui ne peut lui être appliqué. À savoir, l'arrêt évoqué n'engendrerait pas, dans le cas du citoyen allemand, d'obligations réciproques ou partagées pour les deux États (Espagne et Maroc), mais correspondrait à une approche à sens unique, contraignante pour une partie (Espagne) et neutre pour l'autre (Maroc). Toutefois, du point de vue juridique, il se pose une question qui mérite réflexion. Comment peut-on faire exécuter un arrêt par la partie défenderesse lorsque, pour son application, sont nécessaires l'intervention et la collaboration d'un tiers qui n'y est pas contraint? Il s'agit de passer des idées aux actes. Il est possible que de nombreux pays tiers MED refusent d'effectuer des démarches, de finaliser les formalités, de compléter des documents, de transmettre des communications, d'entreprendre des actions, de répondre par écrit ou d'accéder à des demandes concernant des personnes qui ne relèvent pas du champ d'application personnel de la convention qu'ils ont conclue et qui, ne l'oublions pas, dans de nombreux cas, ne s'applique délibérément qu'aux ressortissants des États signataires. En résumé, deux possibilités se profilent à l'horizon: soit on développe une politique de réciprocité avec d'autres partenaires non UE, en l'occurrence les États MED, dans le but de respecter les obligations que l'Union, par l'intermédiaire de sa Cour, s'est imposé à elle-même soit on ne respecte pas les engagements pris et découlant du droit de l'Union.

En conséquence, cet arrêt souligne la nécessité de travailler en collaboration plus étroite avec d'autres pays tiers (MED) dans le domaine de la coordination de la sécurité sociale et incite à dépasser la formule bilatérale au profit d'une coordination européenne et pourquoi pas, d'une coordination Euromed.

12. Coordination européenne ou coordination bilatérale?

L'Union européenne, au moins jusqu'à présent, n'a pas agi en tant qu'interlocuteur unique et a laissé aux États membres, par le biais des conventions bilatérales, le monopole des relations extérieures en matière de sécurité sociale. Peu à peu, un mouvement commence toutefois à se dessiner. Celui-ci demande à l'UE, en tant que telle, de négocier et de conclure des accords internationaux qui confèrent une protection bi- ou multilatérale plus complète que celle offerte par les conventions bilatérales. À cet égard, il convient de noter que la négociation bilatérale se heurte actuellement à une série de difficultés, dont certaines ont été mises en évidence dans les paragraphes précédents et que les instruments multilatéraux, tels que le règlement n° 883/2004 et la convention multilatérale ibéro-américaine, cherchent à éviter ou à surmonter. Par ailleurs, l'émigration ne se limite pas qu'à deux pays (émigration classique) mais peut aussi être multidirectionnelle et concerner plusieurs États et continents. Par conséquent, l'absence de totalisation multiple ou d'extension du champ d'application personnel qui, dans certains cas, est limité aux ressortissants des États signataires, rend nécessaires de nouvelles approches, plus polyvalentes et plus adaptées aux nouveaux flux migratoires.

Il reste encore à franchir une étape décisive: la conclusion d'accords de l'Union avec des pays tiers MED en matière de sécurité sociale est-elle possible ou est-il envisageable de développer un espace Euromed commun dans ce domaine? À cet égard, il convient de noter d'emblée que cette voie est déjà prévue, d'une manière générale, à l'article 216 du TFUE qui dispose que: *«L'Union peut conclure un accord avec un ou plusieurs pays tiers ou organisations internationales lorsque les traités le prévoient ou lorsque la conclusion d'un accord, soit est nécessaire pour réaliser, dans le cadre des politiques de l'Union, l'un des objectifs visés par les traités, soit est prévue dans un acte juridique contraignant de l'Union, soit encore est susceptible d'affecter des règles communes ou d'en altérer la portée. Les accords conclus par l'Union lient les institutions de l'Union et les États membres.»* En conséquence, au moins d'un point de vue strictement juridique, cette option pourrait être possible. Toutefois, les États membres, et peut-être certains États MED, sont très réticents à l'idée de perdre leurs compétences dans le domaine des relations internationales. Il convient donc de souligner que ce n'est que de façon consensuelle que les États membres et les États MED pourraient avancer sur cette voie.

C'est pourquoi, il faudrait peut-être examiner, au niveau de l'Union européenne, si cette approche a un avenir autre que purement théorique. À cet égard, ainsi qu'il a déjà été relevé dans les premiers points de cette étude, l'émigration de ressortissants d'États MED vers l'Europe a été

massive. Par conséquent, la protection de ceux-ci doit représenter une obligation et un engagement pour l'ensemble de la région Euromed. En outre, les flux migratoires commencent à se produire dans les deux sens, et de nombreux citoyens européens décident de partir, pour des raisons professionnelles, vers les marchés du travail de pays MED. Enfin, les investissements économiques ont besoin de règles claires en matière de sécurité sociale qui garantissent une concurrence loyale et la suppression de la plupart des obstacles existants.

À cet égard, il convient d'examiner les différentes positions des institutions européennes. Commençons par la Commission européenne, qui en 2012 a présenté une communication très importante dans ce domaine intitulée «*La dimension extérieure de la coordination en matière de sécurité sociale dans l'Union européenne*»²¹, dans laquelle elle recommande, de manière générale, de mettre en œuvre à l'égard des pays tiers une stratégie commune de l'UE en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale, stratégie qui doit compléter les approches nationales et qui permette de renforcer le rôle de l'UE dans le reste du monde.

Dans sa communication, la Commission, part du principe que les États membres ont géré la question de la sécurité sociale en cas de migration de main-d'œuvre, chacun séparément, au moyen de conventions bilatérales. La Commission fait valoir que les États membres suivent une ligne de conduite où chacun défend ses propres intérêts. À cet égard, et si l'on applique ce raisonnement aux États MED, il convient de rappeler qu'il est pratiquement impossible que les 28 États membres de l'Union puissent, chacun séparément, entamer des négociations avec tous les pays MED, et même s'ils étaient disposés à le faire, il est probable qu'ils rencontreraient des réticences chez nombre d'entre eux en raison de l'énorme effort que les négociations bilatérales supposent. De nombreux États MED se trouveraient face à des problèmes similaires s'ils voulaient ouvrir des négociations bilatérales avec les 28 États membres.

La situation actuelle de négociation bilatérale non unitaire, comme l'indique à juste titre la Commission dans sa communication, se caractérise par son caractère fragmenté. En conséquence, il n'y a pas d'harmonisation des approches ni de critères, ce qui se traduit par un manque de transparence et de coordination qui nuit aux travailleurs et aux entreprises. À cet égard, la Commission préconise, en complément ou en alternative, une ligne d'action qui prend dûment en considération les intérêts de l'Union dans son ensemble. À cette fin, on pourrait utiliser l'option d'accords de l'UE en matière de sécurité sociale. Ces accords pourraient être conclus, par exemple pour résoudre les problèmes liés au double versement de cotisations sociales ou à l'exportation des droits à pension et leur application pourrait, selon la Commission, **être volontaire pour les États membres**. La communication prévoit que ce type d'accord pourrait être conclu, notamment, avec les États qui connaissent d'importants mouvements de main-d'œuvre.

²¹ Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions - La dimension extérieure de la coordination en matière de sécurité sociale dans l'Union européenne COM(2012) 153 final

Par ailleurs, le Parlement européen a également été actif et s'est prononcé clairement pour un dépassement du niveau bilatéral afin d'étendre l'importance de la politique de l'Union dans le domaine de la sécurité sociale. Pour éclairer ces propos, rien de mieux que de reprendre une partie des déclarations de la résolution du 14 mars 2013²² sur l'intégration des migrants, ses effets sur le marché de l'emploi et la dimension extérieure de la coordination en matière de sécurité sociale dans l'Union européenne: *«considérant qu'il sera impossible, pour chaque État membre, de conclure des accords bilatéraux de réciprocité en matière de sécurité sociale avec tous les pays tiers, et qu'une telle opération conduirait à un système fragmenté à l'origine d'inégalités de traitement entre les citoyens de l'Union; considérant qu'une action au niveau européen est dès lors nécessaire ;[...] invite la Commission à prendre des mesures pour résoudre la question de la coordination de la sécurité sociale pour les ressortissants de pays tiers, et en particulier à maintenir leurs droits lorsqu'ils quittent l'Union ou y reviennent, et à accompagner la politique migratoire de l'Union de mesures adéquates concernant les droits de sécurité sociale acquis par les migrants concernés; souligne que les citoyens de l'Union européenne doivent voir leurs droits protégés même en dehors de l'Union et lorsqu'ils travaillent ou ont travaillé dans des pays tiers; demande, dès lors, que soit adoptée une approche européenne uniforme et réciproque pour la coordination de la sécurité sociale vis-à-vis de pays tiers, qui englobe tous les citoyens de l'Union et les ressortissants de pays tiers, sans préjudice des droits des ressortissants de pays tiers découlant d'accords d'association et clarifiés par la Cour de justice européenne».*

Le lecteur pourra adapter ces déclarations à l'espace Euromed.

Le Conseil est, quant à lui, sans doute l'institution qui hésite le plus à adopter des mesures incluant des pays tiers dans le domaine de la sécurité sociale. Il a toutefois fait un pas en avant qualitatif de grande ampleur en approuvant les décisions sur la coordination des régimes de sécurité sociale auxquelles il a été fait référence au point 8 de la présente étude. Il s'est ainsi engagé sur une voie qui pourrait être suivie à l'avenir.

C'est probablement le Comité économique et social européen qui s'est prononcé le plus clairement dans ce domaine en adoptant, le 14 novembre 2012, un avis²³ sur ce sujet, dont nous soulignons les éléments suivants. Toutefois, il convient de reconnaître que le Conseil a commencé, bien que de façon lente et posée, à prendre les premières mesures en ce qui concerne la dimension extérieure de la coordination en adoptant les *«décisions relatives à la coordination des systèmes de sécurité sociale dans le cadre des accords de stabilisation et d'association»*. *«Ces instruments apportent un changement qualitatif à la politique de l'Union en matière de sécurité sociale en instaurant et en réglementant à un niveau bilatéral (Union/État associé) le principe d'égalité de traitement et l'exportation des droits à pension. Des obligations et des droits réciproques sont ainsi établis, qui*

²² Résolution du Parlement européen du 14 mars 2013 sur l'intégration des migrants, ses effets sur le marché du travail et la dimension extérieure de la coordination en matière de sécurité sociale (2012/2131(INI)).

²³ Avis du Comité économique et social européen sur la «Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions – La dimension extérieure de la coordination en matière de sécurité sociale dans l'Union européenne» COM(2012) 153 final, JO C 11 du 15.1.2013.

s'appliquent à la fois aux citoyens de l'Union qui travaillent ou ont travaillé dans l'un des pays concernés et aux ressortissants des États associés travaillant ou ayant travaillé sur le territoire de l'Union. Il ne s'agit plus de dispositions unilatérales émanant de l'Union européenne et s'appliquant à sens unique, mais d'engagements internationaux comportant des avantages réciproques pour les deux parties signataires.» «Ce type d'accords et les décisions d'application correspondantes [...] sont repris dans un acte juridique unique, l'équivalent d'une multiplicité de conventions bilatérales». En outre, pour tout État tiers, et ce indépendamment de son importance politique ou économique, il serait extrêmement difficile et coûteux de négocier des conventions bilatérales avec les 28 pays de l'Union, ou à ces derniers de traiter avec tous les pays tiers. Ces éléments suffisent à démontrer que la bilatéralité a ses limites matérielles et formelles et qu'il convient de chercher d'autres solutions complémentaires ou de substitution. De même, dans le monde des entreprises, il y a encore des réticences à l'égard de la technique bilatérale car celle-ci n'est pas, à ce jour, totalement appropriée ni adaptée aux nouvelles situations. La nécessité d'éviter, dans un marché mondialisé et interconnecté, les avantages de coûts sociaux (doubles cotisations) en fonction de l'existence ou non d'un instrument bilatéral, suppose une nouvelle approche plus globale et universelle. « Le CESE sait qu'en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale, les États membres ont développé, par la voie de conventions internationales, des politiques bi- ou multilatérales avec des pays tiers. Cette approche peut toutefois présenter l'inconvénient d'être disparate et incomplète puisqu'elle est souvent axée sur la protection exclusive des ressortissants des États signataires ou répond à des intérêts concrets qui ne sont pas toujours partagés par la totalité des États membres. Le CESE estime qu'avec un tel ensemble de dispositions internationales bilatérales, dont on ne saurait nier l'importance, le risque est que les ressortissants de pays tiers ne jouissent pas tous des mêmes droits ou garanties au sein de l'UE.» «Le CESE appelle en conséquence à engager un processus de réflexion sur la nécessité de développer une perspective conjointe de l'UE dans le domaine de la sécurité sociale internationale au moyen d'accords de l'Union ou de politiques de coopération mutuelle avec d'autres acteurs internationaux.»

Par conséquent, l'idée d'une approche à l'échelle européenne qui dépasserait le cadre strictement bilatéral commence à gagner du terrain au sein des institutions européennes. La négociation bilatérale n'a donc pas le monopole puisque d'autres solutions émergent dont les meilleures sont le règlement n° 883/2004 et la convention multilatérale ibéro-américaine de sécurité sociale. Dans cet esprit, la protection des citoyens européens qui accomplissent leur carrière professionnelle dans les États MED serait mieux assurée par des accords multilatéraux européens avec les pays MED ou par un accord global dans le domaine de la sécurité sociale dans l'espace Euromed.

Par ailleurs, les pays MED souhaitent protéger au mieux tous leurs citoyens migrants qui poursuivent leur carrière professionnelle sur le territoire européen. En fait, à l'heure actuelle, seuls certains d'entre eux sont protégés dans un pays donné par une convention bilatérale (dans de nombreux cas insuffisante), tandis qu'une grande partie des migrants ne bénéficient pas de protection internationale parce qu'il n'existe pas de convention bilatérale, ce qui se traduit par une

inégalité de traitement à laquelle il convient de s'opposer. Par conséquent, ce qui est indiqué au paragraphe précédent vaut également dans ce cas. En effet, c'est l'approche globale et non la bilatérale qui assure la meilleure protection et est la plus efficace. Le problème majeur réside dans les difficultés politiques et techniques liées à sa concrétisation. Cependant, un tel processus ne sera pas finalisé du jour au lendemain, mais nécessitera du temps et, surtout, une sensibilisation et une prise de conscience.

13. Éléments juridiques de l'option d'une coordination multilatérale en matière de sécurité sociale au niveau de l'Union européenne et des États MED.

La conclusion d'accords par l'Union en matière de sécurité sociale est déjà prévue, d'une manière générale, à l'article 216 du TFUE qui dispose que: *«L'Union peut conclure un accord avec un ou plusieurs pays tiers ou organisations internationales lorsque les traités le prévoient ou lorsque la conclusion d'un accord, soit est nécessaire pour réaliser, dans le cadre des politiques de l'Union, l'un des objectifs visés par les traités, soit est prévue dans un acte juridique contraignant de l'Union, soit encore est susceptible d'affecter des règles communes ou d'en altérer la portée. Les accords conclus par l'Union lient les institutions de l'Union et les États membres.»*

En conséquence, comme indiqué aux paragraphes précédents, du moins d'un point de vue strictement juridique, cette option pourrait être possible. Toutefois, les États membres sont très réticents à l'idée de perdre leurs compétences dans le domaine des relations internationales. Aussi convient-il d'engager un lent processus de persuasion qui permettrait, à moyen terme, d'explorer cette voie. À cet effet, il y a lieu de rappeler que, la Cour de justice de l'Union européenne a établi que les compétences exclusives *ad intra* le sont également *ad extra* et que les compétences partagées *ad intra* deviennent des compétences exclusives *ad extra* (lors de la conclusion d'accords internationaux), conformément à l'article 3, paragraphe 2, du TFUE²⁴. C'est ainsi que plus particulièrement, *«la Cour a jugé que la compétence de la Communauté pour conclure des accords internationaux résulte non seulement d'une attribution explicite par le traité, mais peut découler également d'autres dispositions du traité et d'actes pris, dans le cadre de ces dispositions, par les institutions de la Communauté. En particulier, chaque fois que, pour la mise en œuvre d'une politique commune prévue par le traité, la Communauté a pris des dispositions instaurant, sous quelque forme que ce soit, des règles communes, les États membres ne sont plus en droit, qu'ils agissent individuellement ou même collectivement, de contracter avec les États tiers des obligations affectant ces règles. En effet, au fur et à mesure de l'instauration de ces règles communes, la Communauté seule est en mesure d'assumer et*

²⁴ L'Union dispose également d'une compétence exclusive pour la conclusion d'un accord international lorsque cette conclusion est prévue dans un acte législatif de l'Union, ou est nécessaire pour lui permettre d'exercer sa compétence interne, ou dans la mesure où elle est susceptible d'affecter des règles communes ou d'en altérer la portée.

d'exécuter, avec effet pour l'ensemble du domaine d'application de l'ordre juridique communautaire, les engagements contractés à l'égard d'États tiers. Dans la mesure où des règles communautaires sont arrêtées pour réaliser les buts du traité, les États membres ne peuvent, hors du cadre des institutions communes, prendre des engagements susceptibles d'affecter lesdites règles ou d'en altérer la portée. En effet, si les États membres restaient libres de conclure des engagements internationaux affectant des règles communes, la réalisation de l'objectif poursuivi par ces règles de même que celle de la mission de la Communauté et des buts du traité seraient compromises.²⁵»

En outre, si aux arguments de cet arrêt nous ajoutons ceux de l'arrêt rendu dans l'affaire Gottardo examinée au point 11, nous pouvons conclure, avec l'aval des services juridiques de la Commission, du Conseil et du Parlement européen, que cette idée est fondée et défendable, même si bien sûr, les institutions de l'Union ont le dernier mot lorsqu'il s'agit de l'interprétation du traité et de sa mise en œuvre.

Par ailleurs, il est également indispensable que les États MED examinent leur réglementation intérieure afin d'analyser la faisabilité juridique d'un accord global en matière de coordination des régimes de sécurité sociale qui lie, dans l'espace Euromed, les États membres de l'UE et les États MED.

14. La convention multilatérale ibéro-américaine de sécurité sociale

La convention multilatérale ibéro-américaine de sécurité sociale est une réglementation à caractère international, qui a été approuvée par plusieurs États du continent américain en vue de la coordination de leurs législations nationales en matière de pensions (vieillesse, invalidité ou décès). Il s'agit de réglementer les suites de l'exercice d'une occupation rémunérée ou d'une activité en qualité d'indépendant dans deux ou plusieurs États signataires de la convention, pour autant que l'on puisse justifier des périodes de cotisation, d'assurance ou d'emploi dans ces États. La convention est un instrument de «coordination» de législations, de sorte qu'elle ne modifie pas (il ne s'agit pas d'une mesure d'harmonisation) la législation de la sécurité sociale de chacun des États parties à cette convention. Cette disposition établit des règles communes qui protègent les droits de sécurité sociale des citoyens indépendamment de leur nationalité. En effet, la convention s'applique aux personnes originaires de tout pays qui sont ou ont été soumises à un moment donné à la législation en matière de sécurité sociale de deux ou plusieurs États parties, ainsi qu'à leurs familles, bénéficiaires et ayants droit. Les États parties sont les États ibéro-américains qui ont ratifié la convention. La convention s'applique aux prestations sociales pécuniaires couvrant: a) l'invalidité, b) la vieillesse, c) la survie, d) les accidents de travail et les maladies professionnelles. Les principes de base de la convention – similaires à ceux du

²⁵ Affaire C-266/03, Commission des communautés européenne contre Grand-Duché de Luxembourg.

règlement n° 883/2004 – sont les suivants: a) égalité de traitement entre les citoyens nationaux et les ressortissants de pays tiers qui prestent des services dans un État donné, b) la détermination d'une législation unique à appliquer, c) la conservation des droits en cours d'acquisition grâce à la totalisation des périodes et à l'application de la règle du prorata, d) la conservation des droits acquis grâce à l'exportabilité des prestations, e) la collaboration administrative.

La convention multilatérale ibéro-américaine de sécurité sociale a été signée le 10 novembre 2007. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} mai 2011, après sa ratification et celle de son accord administratif par sept États. Jusqu'à présent, les conditions ont été remplies par l'Espagne, l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, le Chili, El Salvador, l'Équateur, le Paraguay, le Portugal et l'Uruguay. La plupart des États ibéro-américains font partie de cette convention même si certains d'entre eux ne l'ont pas encore ratifiée.

La convention multilatérale est le pendant du règlement n° 883/2004 avec lequel elle partage des principes, des dispositions et des techniques juridiques. À cet égard, en particulier au niveau multilatéral, cet instrument est un paradigme pour la protection des droits des travailleurs migrants, en ce que cette formule ou modèle peut être la voie à suivre dans d'autres contextes et d'autres espaces, par exemple dans le cas d'Euromed.

15. Feuille de route

De l'analyse des éléments livrés dans les paragraphes précédents, il peut être déduit que la sécurité sociale, tant dans l'Union européenne que dans les pays MED, a été et reste un sujet éminemment d'actualité qui, malheureusement, continue d'être traité de manière particulièrement territorialiste et nationaliste. Cependant, la mondialisation de l'économie et l'augmentation des flux de main-d'œuvre entre pays et continents qui en résulte nécessitent une action distincte, plus universelle et plus déterminée, dont l'objectif est d'éviter que les travailleurs migrants se trouvent dans une situation de vulnérabilité et de veiller à ce que les entreprises puissent opérer par-delà les frontières dans des conditions d'égalité afin d'améliorer la libre concurrence. À cet égard, la sécurité sociale est un élément de cohésion des sociétés et des peuples et un facteur essentiel de progrès économique et de paix sociale au niveau national et international. Il est vrai que la sécurité sociale peut réunir ce qui peut être divisé et agir comme un ciment dans un espace tel qu'Euromed qui a besoin de projets et d'actions permettant de renforcer la compréhension mutuelle et les intérêts communs. Logiquement, lors de l'élaboration d'une feuille de route, il convient de tenir compte du fait que la prudence des actions concrètes ne doit pas empêcher d'adopter des approches approfondies afin d'allier volonté et réalisme, faisabilité et ambition, progrès et consolidation. Dès lors, cette approche doit conjuguer des mesures minimales et maximales qui, en principe, doivent être reflétées dans cette feuille de route, et dont la répartition pourrait être la suivante:

A) Actions immédiates

- Présentation lors du sommet Euromed des Conseils économiques et sociaux et institutions similaires des 23 et 24 octobre 2016 du présent document, en mettant l'accent sur les recommandations qui y sont exposées.
- Analyse des recommandations de la présente étude lors du Sommet Euromed des Conseils économiques et sociaux et institutions similaires des 23 et 24 octobre 2016.
- Approbation, et, le cas échéant, et durcissement de ces recommandations ou d'une partie de celles-ci lors du prochain sommet Euromed.

B) Actions à court terme

- Création d'un groupe de travail composé d'experts des pays Euromed afin de préparer une conférence sur la sécurité sociale dans la zone Euromed, en mettant l'accent sur la coordination des régimes de sécurité sociale dans l'espace Euromed.
- Organisation d'une conférence d'experts afin d'examiner les différents aspects de la sécurité sociale en tant qu'élément essentiel de paix sociale et facteur de développement économique ainsi que la nécessité de promouvoir une harmonisation des régimes de sécurité sociale des

pays Euromed dans la perspective d'une coordination permettant l'amélioration de la protection des travailleurs migrants et la suppression des charges inutiles pour les entreprises dans l'espace Euromed.

C) Actions à moyen terme

- Élaboration d'un instrument de coordination des régimes de sécurité sociale des États Euromed qui permette, à l'instar du règlement n° 883/2004 et de la convention multilatérale ibéro-américaine de sécurité sociale, sur lesquels il se fonderait, la coordination des systèmes de sécurité sociale des pays de l'espace Euromed.
- Promotion de ce projet auprès des institutions de l'Union européenne et des États Euromed.

D) Actions à long terme

- Approbation, le cas échéant de ce projet.

16. Recommandations

Cette étude serait incomplète sans une série de recommandations qui, en lien avec la feuille de route évoquée au point précédent, visent à établir une ligne d'action permettant de développer les aspects sociaux d'Euromed, de renforcer les relations entre les États Euromed et, plus précisément, de promouvoir la protection des travailleurs migrants et des membres de leur famille dans le domaine de la sécurité sociale. À cet effet, des recommandations sont avancées ci-après. Certaines sont très générales, d'autres plus spécifiques, elles ont des incidences bilatérales ou multilatérales et sont simplement réformatrices ou innovantes et, logiquement, elles doivent suivre une chronologie et tenir compte des possibilités. Toutefois il convient de souligner qu'elles répondent toutes aux objectifs généraux contenus dans la présente étude:

- Promotion de la dimension sociale d'Euromed, notamment grâce au développement de la sécurité sociale dans la zone euro-méditerranéenne, à des études comparées, à des réunions d'experts et à des conférences visant à renforcer la coopération institutionnelle et à améliorer la protection des travailleurs migrants ayant accompli leur carrière dans différents pays de l'espace Euromed.
- Inclusion dans les conventions bilatérales existantes en matière de sécurité sociale entre pays Euromed et dans celles susceptibles d'être conclues à l'avenir, d'un champ d'application personnel qui s'étende à toutes les personnes assurées indépendamment de leur nationalité, afin de pouvoir ainsi protéger tous les travailleurs migrants ayant accompli leur carrière dans les États signataires d'une convention bilatérale.

- Inclusion dans les accords commerciaux, d'association ou de stabilisation de clauses de sécurité sociale similaires à celles contenues, entre autres, dans les accords d'association avec le Maroc, la Tunisie, l'Algérie, permettant la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement dans le domaine de la sécurité sociale et l'exportation des différents droits à pension entre l'Union européenne et l'État tiers signataire.
- Adoption par les conseils de stabilisation et d'association liant l'UE et respectivement la Tunisie, l'Algérie, le Maroc, Israël, l'ancienne République yougoslave de Macédoine, la Turquie, l'Albanie et le Monténégro des décisions relatives à la coordination des systèmes de sécurité sociale. En outre, il conviendrait d'élaborer et ensuite d'adopter le projet de décision concernant la Bosnie-Herzégovine.
- Organisation d'une rencontre d'experts des pays Euromed en matière de sécurité sociale afin d'examiner les expériences des conventions bilatérales conclues ainsi que les résultats obtenus dans le cadre du règlement n° 883/2004 et de la convention multilatérale ibéro-américaine de sécurité sociale et d'étudier la possibilité d'appliquer ces pratiques à la région euro-méditerranéenne.
- Élaboration d'un texte d'accord multilatéral de coordination des régimes de sécurité sociale pour l'espace Euromed auquel peuvent adhérer volontairement les pays qui le souhaitent et qui se fonderait sur le règlement n° 883/2004 et la convention multilatérale ibéro-américaine de sécurité sociale. Ce texte devra tenir compte de différents scénarios et examiner la possibilité d'un projet progressif qui, d'une coordination de base des régimes de sécurité sociale, puisse évoluer vers un texte plus complet et approfondi.
- Examen du projet, présentation d'amendements, débat, adoption et ratification, le cas échéant, de ce texte par les États qui le souhaitent.

17. Conclusions

Il est notoire que les divers États européens et États MED ont cherché à protéger leurs travailleurs migrants en concluant des conventions bilatérales avec les États avec lesquels ils entretiennent des relations plus étroites ou avec lesquels les flux migratoires sont plus importants. Toutefois, l'approche purement bilatérale commence à devenir obsolète face à la complexité du phénomène migratoire actuel qui s'écarte des concepts classiques tels que la stabilité et la fixité dans le nouveau pays d'emploi et qui génère des modalités originales (migrations circulaires, successives, multiples, déplacements temporaires de travailleurs) ou établit des mouvements géographiques qui ne correspondent pas aux modèles traditionnels. Or, force est de constater que la solution consistant à négocier des instruments bilatéraux entre tous les États de l'espace Euromed n'est pas viable et, même si elle était possible, tous les cas et les besoins ne pourraient être couverts, ainsi qu'il a été mis en évidence dans les paragraphes précédents. En effet, la bilatéralité a ses limites

matérielles et formelles, il convient donc de chercher d'autres solutions complémentaires ou de substitution.

De même, dans le monde des entreprises, il subsiste des réticences à l'égard de la technique bilatérale car celle-ci n'est pas, à ce jour, totalement appropriée ni adaptée aux nouvelles situations. La nécessité d'éviter, dans un marché mondialisé et interconnecté, les avantages de coûts sociaux (doubles cotisations) en fonction de l'existence ou non d'un instrument bilatéral, suppose une nouvelle approche plus globale et universelle.

C'est précisément cette nouvelle approche qui sous-tend les règlements de coordination n° 883/2004 et la convention multilatérale ibéro-américaine, lesquels ont cherché et réussi avec grand succès à dépasser la bilatéralité pour offrir un scénario plus multilatéral fondé sur des intégrations économiques et politiques ou l'appartenance à une culture, une identité ou un espace géographique.

En mettant l'accent sur ce point et en prenant en compte les chiffres concernant les ressortissants d'États MED en Europe et les citoyens de l'Union dans les pays MED, il semblerait pertinent de reconnaître que la situation actuelle pourrait être améliorée, en introduisant des modifications mineures, ce qui est toujours positif, mais aussi qu'il y a lieu d'effectuer un saut qualitatif vers une protection multilatérale et non seulement bilatérale, fondée sur des approches globales et des instruments de coordination dotés un champ d'application personnel et territorial conforme aux besoins actuels de l'espace Euromed. Des questions telles que la totalisation des périodes (très importante en ce qui concerne les droits à la pension de vieillesse), la conservation des droits acquis ou l'unicité de la législation applicable sont essentielles en cette époque de mondialisation où les flux migratoires ont augmenté géométriquement dans de nombreuses directions, sans que les règles de coordination bilatérales classiques offrent une solution aux nouvelles exigences et problématiques.

En outre, dans la confrontation et la dialectique qui opposent l'économie formelle et informelle, l'existence de règles de coordination appropriées pourrait être un instrument de normalisation qui contribue à ce que les travailleurs migrants et les employeurs apprécient les avantages offerts par la sécurité sociale et, par conséquent, procèdent aux affiliations nécessaires et au versement des cotisations pour ces travailleurs.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier que la concrétisation de règles de coordination nécessite un long processus qui doit reposer sur la volonté, la constance et la patience. Il s'agit d'une course d'obstacles qui requiert de la ténacité, de la persévérance et, surtout, des objectifs progressifs.

L'on peut affirmer que ce sont des problèmes essentiellement politiques, sans toutefois sous-estimer les difficultés techniques, qui doivent être surmontés tant en Europe (où se concentrera la plus grande opposition de certains États à transférer leurs compétences à l'Union) que dans les États MED. Il serait donc souhaitable d'écarter tous les conflits potentiels ou les difficultés juridiques susceptibles, en fin de compte, de faire échouer l'alternative d'un accord Euromed en matière de coordination de la sécurité sociale.

La possibilité d'un accord multilatéral ne doit toutefois pas entraver l'amélioration de la situation actuelle. C'est pourquoi nos recommandations se fondent sur le double objectif d'amélioration des instruments existants et d'élaboration d'une alternative innovante destinée à répondre aux défis liés à la mondialisation de l'économie et aux nouveaux et importants flux migratoires. .

En ce qui concerne le contenu du possible accord, il pourrait être utile de travailler dans l'optique d'une participation volontaire et non obligatoire, comme dans le cas de la convention multilatérale ibéro-américaine, afin que les États MED et les États membres européens qui ne souhaitent pas adhérer à ce projet ne le boycottent pas ni ne s'y opposent avec force. En conséquence, l'instrument international Euromed mis au point pourrait inclure un «*opt-out*» individuel ou utiliser la technique de l'«*opt-in*» sur demande formelle.

En ce qui concerne le contenu de l'éventuel accord, l'application progressive serait un élément à prendre en compte. Le processus pourrait débiter avec un accord-cadre restreint prévoyant des dispositions relatives à la législation applicable et à l'exportation des droits à pension, qui couvrirait des intérêts communs et spécifiques de l'Europe (éviter la double cotisation) et des pays MED (paiement des pensions sans aucune limitation géographique). Une fois la confiance mutuelle instaurée, cette initiative pourrait s'étendre à la totalisation des périodes d'assurance pour l'acquisition et le calcul des pensions. Comme dernière étape, l'on pourrait inclure dans le champ d'application matériel, si tel est le souhait, les autres prestations (maladie, accidents, allocations familiales, chômage, etc.). Cette progressivité n'est toutefois ni obligatoire ni indispensable. La meilleure solution serait sans doute l'adoption d'un instrument comportant une législation applicable et des dispositions en matière de droits à pension (exportation et totalisation). L'espace Euromed serait ainsi beaucoup plus social et plus équitable. En outre, les travailleurs et les employeurs participeraient beaucoup plus à la dimension politique et sociale de l'espace Euromed.



Comité économique et social européen

Rue Belliard 99
1040 Bruxelles
BELGIQUE

Responsable d'édition: unité "Visites et Publications"
EESC-2016-72-FR
www.eesc.europa.eu



© Union européenne, 2016
Reproduction autorisée, moyennant mention de la source.



Print
QE-02-16-992-FR-C
ISBN 978-92-830-3241-0
doi:10.2864/86530

Online
QE-02-16-992-FR-N
ISBN 978-92-830-3244-1
doi:10.2864/421253

FR