

PLAINTÉ CONTRE LE RSI POUR ABSENCE DE NOTIFICATION D'AIDES D'ÉTAT OU DE RESSOURCES D'ÉTAT

Table des matières

1. L'ENTREPRISE EN CAUSE.....	2
2. UNE CONVENTION ÉTABLIT LA DÉLÉGATION	3
3. DÉLÉGATIONS SANS PUBLICITÉ	5
4. LES REMISES DE GESTION	7
5. CE QUE DIT LA RÉGLEMENTATION	10
5.1. SUR LES REMISES DE GESTION	12
5.2. TIRÉE DE LA DÉCISION 2012/21	14
5.3. TIRÉE DU DEUXIÈME CRITÈRE ALTMARK	16
6. QUALIFICATION DU RÉGIME	19
6.1. LE RÉGIME DE BASE DU RSI	19
6.2. LE RÉGIME COMPLÉMENTAIRE	20
7. LES INFRACTIONS SONT CARACTÉRISÉES	21
7.1. APPLICATION DES DIRECTIVES 2006/54 ET 92/96	21
7.2. LE RSI NE PEUT PAS ACCORDER DES REMISES DE GESTION	23
7.3. AU SURPLUS.....	27
7.4. UNE MESURE ANORMALE DE FAVORITISME	30
8. LA PLAINTÉ EST FONDÉE	33
9. ANNEXE	34

1. L'ENTREPRISE EN CAUSE

Le régime social des indépendants (RSI). est un régime de sécurité sociale obligatoire, réservé aux travailleurs indépendants exerçant sur le territoire français. **C'est un régime professionnel** régi par les articles L133-6-7 et suivants du Code de la Sécurité Sociale (CSS), et par le Livre 6 du même Code dans sa partie législative, et également du Livre 6 pour la partie Réglementaire.

L'Ordonnance n° 2005-1528 du 8 décembre 2005 relative à la création du régime social des indépendants, a créé l'article L611-3 CSS, lequel a institué une Caisse Nationale et des Caisses de régionales, pour assurer la gestion du régime. Tant la Caisse Nationale que ces Caisses de régionales, sont des organismes de droit privé, dont la caractérisation de la personnalité civile est inconnue de la législation, et sont chargés d'une mission de service public.

Le RSI est issu de la fusion de deux mutuelles de nature concurrentielle, gérant auparavant le régime obligatoire de sécurité sociale des travailleurs non salariés: ORGANIC et CANCAVA.

Il s'adresse en ce qui concerne la branche maladie-maternité, aux travailleurs non salariés, non agricoles, à savoir :

Article L613-1

- a. le groupe des professions artisanales ;*
- b. le groupe des professions industrielles et commerciales, y compris les débitants de tabacs ;*
- c. le groupe des professions libérales, y compris les avocats .*

Il gère également un régime supplémentaire obligatoire d'incapacité de travail, d'indemnités journalières (art.L613-20 CSS)

Le régime est autonome:

Article L621-2

*Le service des prestations de vieillesse est assuré par des **organisations autonomes** fonctionnant pour un ou plusieurs des groupes professionnels définis à l'article L621-3 et comportant éventuellement une caisse nationale, des caisses locales ou régionales ou des sections professionnelles.*

Le régime est géré à ses propres risques:

Article L635-1

***L'équilibre financier du régime est assuré par ses seules ressources.** Un décret détermine les règles de pilotage du régime, et notamment les conditions dans lesquelles le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants formule à échéance régulière, au ministre chargé de la sécurité sociale, des règles d'évolution des paramètres permettant de respecter des critères de solvabilité.*

Et que s'il est institué une compensation inter-régimes, celle-ci est strictement limitée au régime vieillesse de base, ce qui en d'autres termes en exclut comme spécifiés les régimes complémentaires vieillesse

Article L134-1

*Il est institué une compensation entre les régimes obligatoires de sécurité sociale comportant un effectif minimum, **autres que les régimes complémentaires au sens des articles L. 635-1 (vieillesse artisans, commerçants), L. 644-1 (vieillesse professions libérales) et L. 921-4 (salariés) du présent code et du I de l'article 1050 du code rural.** Cette compensation porte sur les charges de l'assurance vieillesse au titre des droits propres.*

La compensation tend à remédier aux inégalités provenant des déséquilibres démographiques et des disparités de capacités contributives entre les différents régimes. Toutefois, tant que les capacités contributives de l'ensemble des non-salariés ne pourront être définies dans les mêmes conditions que celles des salariés, la compensation entre l'ensemble des régimes de salariés et les régimes de non-salariés aura uniquement pour objet de remédier aux déséquilibres démographiques.

Qu'il en résulte que le régime **n'est donc pas basé sur la solidarité nationale**.

2. UNE CONVENTION ÉTABLIT LA DÉLÉGATION

En réalité, **ce régime** ne gère rien par lui-même, mais **délègue** à d'autres entreprises de droit privé, l'entière gestion des branches sus-évoquées, (cela depuis sa création en 2006), comme le stipule l'article R611-79 CSS:

Article R611-79

*I. La Caisse nationale du régime social des indépendants **conclut** une convention avec les organismes mentionnés à l'article L611-20 auxquels elle entend confier le soin d'effectuer, pour le compte des caisses de base, les opérations mentionnées au même article.*

(...)

Et si le L611-20 auquel il est fait référence, semble en circonscrire les effets aux seules professions libérales (groupe c, prévu au L613-1 sus-mentionné):

Article L611-20

La Caisse nationale confie le soin d'assurer pour le compte des caisses de base l'encaissement et le contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales à des organismes régis, soit par le code de la mutualité, soit par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance.

La caisse nationale peut confier aux organismes mentionnés au troisième alinéa de l'article L160-17 le soin d'assurer pour le compte des caisses de base le versement des prestations en espèces de l'assurance maladie et maternité des assurés mentionnés à l'article L. 611-1. A cette fin, elle conclut une convention avec ces organismes dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Il n'en est rien, puisque par les effets de l'article R613-17 CSS, les professions artisanales ou commerciales, sont aussi placées sous le joug de ces conventions conclues par la caisse nationale du RSI (R611-79 CSS pré-cité), puisque les dispositions les concernant sont justement renvoyées au L611-20 CSS:

Article R613-17

*Lors de la déclaration de son activité indépendante auprès du centre de formalités des entreprises compétent, l'assuré désigne l'organisme conventionné de son choix afin que celui-ci assure, pour le compte de la caisse de base de rattachement de l'assuré, **les missions fixées à l'article L 611-20***

*Si l'assuré n'a pas procédé à cette désignation, **la caisse de base procède à l'affiliation d'office de l'intéressé auprès d'un organisme conventionné.***

Qu'ainsi il en résulte que **c'est l'ensemble des affiliés au RSI tels qu'ils sont désignés par le L613-1 CSS (pré-cité) qui voient leur régime de sécurité sociale géré par des entreprises privées**, en vertu de l'article L 611-20 du CSS, et cela d'autant plus, que si le second alinéa de cet article par l'expression "*la caisse nationale peut (...)*" établit le principe d'une possibilité, dans les faits il n'en est rien, puisque l'article R611-79 n'offre aucune alternative et affirme clairement imposer cette convention:

Article R611-79

*I. La Caisse nationale du régime social des indépendants **conclut** une convention avec les organismes mentionnés à l'article L611-20 (...)*

L'affirmation de conclusion d'une convention faite au R611-79, étant confirmée par l'article L160-17 du CSS :

Article R160-17

*La prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L160-1 est, sous réserve de l'article L. 160-18, effectuée, pour les personnes exerçant une activité professionnelle, **par les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires** auxquels elles sont affiliées pour le service des prestations d'assurances sociales, dans des conditions définies par décret.*

(...)

*Les **mutuelles ou groupements de mutuelles régis par le code de la mutualité** sont habilités à réaliser des opérations de gestion pour la prise en charge des frais de santé des assurés mentionnés aux articles L381-4 [étudiants], L712-1 [fonctionnaires] et L712-2 [fonctionnaires en retraite]. Pour les assurés mentionnés à l'**article L613-1 [travailleurs indépendants affiliés au RSI]**, les mêmes organismes ainsi que les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires et **les assureurs ou groupements d'assureurs** régis par le code des assurances reçoivent délégation pour l'exécution, en tout ou partie, d'opérations de gestion.*

*Les organismes bénéficiant d'une délégation de gestion **concluent une convention avec les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires**. Les conventions concernant les opérations de gestion des prestations versées aux assurés mentionnés à l'article L. 613-1 sont conclues au niveau national entre la **caisse nationale** et les organes nationaux représentant les organismes mentionnés au troisième alinéa du présent article. La mise en œuvre de la convention nationale fait l'objet de contrats locaux entre les organes nationaux précités et les organismes qui leur sont affiliés.*

(...)

3. DÉLÉGATIONS SANS PUBLICITÉ

En droit interne, ces conventions sont couramment appelées C.N.O.M. (Convention Nationale d'Objectifs et de Moyens), elles sont quadriennales, et sont régies par le Livre 6 (partie réglementaire) relatif aux Décrets d'application, articles R 611-79 CSS et suivants.

Or si selon le R611-81 c'est le directeur de la caisse nationale qui est le signataire de la convention :

Article R611-81

La convention est signée par le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants et par les représentants des organismes mentionnés à l'article L 611-20, conformément à leur statut.

Et si le R611-80 laisse à penser que n'importe quelle entreprise communautaire, appartenant à l'une des catégories énumérée par le R611-79 (a à c), peut prétendre pouvoir être bénéficiaire d'une telle convention:

Article R611-80

I. – En vue de conclure la convention mentionnée au premier alinéa du I de l'article R 611-70, l'organisme adresse une demande de conventionnement à la caisse nationale.

II. – Dès la réception de cette demande, la caisse nationale envoie un accusé de réception à l'organisme demandeur et lui fait connaître la liste des pièces et informations à fournir.

III. – Dans le délai d'un mois à compter de la réception du dossier complet, la caisse nationale notifie à l'organisme, par lettre recommandée avec accusé de réception, sa décision de conventionnement ou de refus de conventionnement. En cas de refus de conventionnement, cette décision doit être motivée.

IV. – Les décisions de conventionnement ou de refus de conventionnement sont immédiatement communiquées au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

Chacun des deux ministres, s'il estime qu'une des conditions mentionnées à l'article R. 611-79 n'est pas remplie, peut faire opposition à une décision de conventionnement dans le délai d'un mois à compter de la date à laquelle elle lui a été communiquée. A défaut d'opposition notifiée dans ce délai, la décision de la caisse nationale prend son entier effet.

Ladite convention est, selon le R611-79, **prise au seul visa de l'avis du conseil d'administration de la Caisse Nationale**

Article R 611-79

I. – La Caisse nationale du régime social des indépendants conclut une convention avec les organismes mentionnés à l'article L 611-20 auxquels elle entend confier le soin d'effectuer, pour le compte des caisses de base, les opérations mentionnées au même article.

Cette convention est conforme à une convention type établie par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, pris après avis du conseil d'administration de la caisse nationale.

(...)

Sur la base d'une convention type définie par le R611-82 CSS:

Article R611-82

La convention type prévue au second alinéa du I de l'article R 611-79 fixe :

1° Les modalités suivant lesquelles les organismes conventionnés s'acquittent des obligations qui leur incombent en vertu des textes législatifs et réglementaires pris pour l'application du présent titre ;

2° La durée, qui ne peut être inférieure à quatre ans, les conditions de dénonciation et les modalités de renouvellement des conventions conclues entre la caisse nationale et les organismes auxquels celle-ci confie l'exécution des opérations mentionnées à l'article L 611-20;

3° Les modalités de suivi par la caisse nationale et les caisses de base de la réalisation des objectifs fixés dans les contrats prévus à l'article R 611-87 ;

4° L'organisation du contrôle des organismes conventionnés par la caisse nationale et les caisses de base.

Elle comporte des clauses obligatoires et des clauses facultatives.

Qui conformément aux dispositions de l'article R611-86 CSS a fait l'objet d'un arrêté d'approbation:

JORF n°0025 du 30 janvier 2008 page 1742 texte n° 19

*Arrêté du 21 janvier 2008 **approuvant la convention type** entre les caisses de base et les organismes conventionnés du régime social des indépendants*

Par arrêté du ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité et du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique en date du 21 janvier 2008, est approuvée telle qu'annexée au présent arrêté la convention type (1) entre la Caisse nationale du régime social des indépendants et les organismes mentionnés à l'article L. 611-20 du code de la sécurité sociale.

(1) Cette convention type sera disponible auprès de la Caisse nationale du régime social des indépendants.

Arrêté d'approbation établit que **la convention**, n'étant disponible qu'auprès de la caisse nationale du RSI, elle **n'est volontairement pas rendue publique**, .

Qu'il en résulte que la délégation de gestion est établie sur le fondement d'une convention type relevant de la seule appréciation du conseil d'administration de la Caisse Nationale du RSI, induisant que **la délégation de gestion qui est conclue avec les organismes délégataires, est prise sans aucune mesure de publicité ni de transparence** pourtant prévues par les Directives marchés public, contrevenant ainsi au deuxième critère de l'arrêt Altmark.

Alors que le R611-79, institue des catégories de délégataires dont les trois premiers sont de type concurrentiels:

Article R 611-79

(...)

1° Appartenir à l'une des catégories ci-après énumérées :

- a) Organismes régis par le code de la mutualité et habilités par leurs statuts à effectuer les opérations mentionnées à l'article L. 611-20 ;
- b) Sociétés d'assurances régies par le code des assurances qui sont agréées pour effectuer ces mêmes opérations ;
- c) Groupements constitués par ces sociétés d'assurances, en vue de l'exécution de ces opérations, dont les statuts sont conformes à des statuts types fixés par arrêté du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale ;
- d) Organismes de sécurité sociale de base régis par le présent code ;

(...)

Et alors que le R611-80 prévoit que n'importe quel organisme peut adresser une demande de conventionnement à la caisse nationale,

Article R611-80

I. – En vue de conclure la convention mentionnée au premier alinéa du I de l'article R 611-70, l'organisme adresse une demande de conventionnement à la caisse nationale.

dans les faits, il n'en est rien et nous constatons que depuis sa création (2006) la Caisse Nationale du RSI reconduit systématiquement cette délégation de gestion **en traitant de gré à gré exclusivement avec les deux mêmes organismes** que sont:

- AROCMUT (Association de Représentation des Organismes Conventionnés Mutualistes)
- ROCA (Réunion des Organismes Conventionnés Assureurs)

4. LES REMISES DE GESTION

L'autre volet de la convention de délégation de gestion, c'est l'établissement du principe de la rémunération accordée en contre partie des activités confiées aux organismes délégataires.

C'est ce qui est établi par l'article L160-17 du CSS (pré-cité) :

(...)

*Les organismes à qui sont confiées des opérations de gestion reçoivent des caisses d'assurance maladie **des remises de gestion** en contrepartie des dépenses de fonctionnement exposées pour l'exécution des opérations de gestion.*

Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'organisation, de mise en œuvre et de financement de ces opérations de gestion, notamment dans le cadre de conventions, ainsi que les modalités d'évaluation de leurs résultats. Les conventions précisent, le cas échéant, les conditions dans lesquelles les organismes concernés peuvent participer aux actions portant sur l'accès aux droits et sur la gestion du risque.

Le partie réglementaire prévue au dernier alinéa, assurant la mise en oeuvre de cette rémunération est fixée par les articles R611-85 à 611-90 CSS, sous la forme de remises de gestion:

Article R611-85

La convention d'objectifs et de moyens mentionnée au troisième alinéa de l'article L 611-21, conclue entre la caisse nationale et chacun des organes nationaux représentant les organismes conventionnés, fixe :

- 1° Les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires pour l'accomplissement des opérations mentionnées à l'article L 611-20 ;*
- 2° Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;*
- 3° Les objectifs liés à l'amélioration du rendement des organismes conventionnés et des conditions d'exécution de leurs missions ;*
- 4° Le montant **des remises de gestion** accordées en contrepartie des activités confiées aux organismes conventionnés ainsi que les modalités et le calendrier de leur versement aux organes nationaux qui les représentent ;*
- 5° Les modalités de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de la convention.*

La convention prévoit les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

La caisse nationale adresse un bilan annuel d'exécution de la convention au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé du budget et au ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales.

Article R611-86

Un arrêté pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget, définit, compte tenu des objectifs et des moyens fixés dans la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L 611-20_:

- 1° Les objectifs des organismes conventionnés liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires pour l'accomplissement des opérations mentionnées à l'article L 611-20*
- 2° Les modalités de suivi et d'évaluation de l'exécution de ces opérations ;*
- 3° Les modalités de détermination des **remises de gestion accordées** en contrepartie des activités confiées aux organismes conventionnés, ainsi que les modalités et le calendrier de leur versement aux organes nationaux qui les représentent.*

Article R611-87

Les contrats locaux d'objectifs et de moyens mentionnés au quatrième alinéa de l'article L 611-21, conclus entre les organismes conventionnés et les organes nationaux qui les représentent, fixent des objectifs portant sur l'amélioration et l'évaluation de l'exécution par les organismes conventionnés des opérations mentionnées à l'article L 611-20 .

Les contrats locaux d'objectifs et de moyens sont transmis à la Caisse nationale du régime social des indépendants et aux caisses de base concernées.

La Caisse nationale du régime social des indépendants et les caisses de base vérifient conjointement que l'organisme conventionné a atteint les objectifs fixés dans son contrat local.

Article R611-88

I. — En contrepartie des dépenses de gestion exposées pour assurer les opérations prévues à l'article L 611-20, **les organismes conventionnés reçoivent des remises de gestion.**

Le montant global **des remises de gestion** est fixé dans la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L611-7 conclue entre l'État et la caisse nationale.

II. — Les conventions nationales d'objectifs et de moyens mentionnées au troisième alinéa de l'article L 611-21 déterminent les modalités communes de calcul des montants à attribuer aux organes nationaux représentant les organismes conventionnés en tenant compte notamment des éléments suivants :

1° Une part égale à 90 % du montant global des **remises de gestion** est répartie entre les organes nationaux en fonction du nombre de bénéficiaires et de cotisants affiliés auprès des organismes conventionnés qu'ils représentent ;

2° Une part égale à 10 % est, pour tout ou partie, répartie entre les organes nationaux, en fonction du nombre de bénéficiaires et de cotisants affiliés auprès des organismes conventionnés qu'ils représentent et compte tenu des résultats obtenus au regard des objectifs fixés par les conventions nationales d'objectifs et de moyens.

III. — Les organes nationaux répartissent les **remises de gestion** versées par la Caisse nationale du régime social des indépendants entre les organismes conventionnés qu'ils représentent.

Les organes nationaux informent la caisse nationale de cette répartition.

Article R611-89

Tout organisme conventionné dispose, pour chacune des caisses de base dans le ressort de laquelle il intervient, d'un compte destiné à assurer le paiement des prestations. Ce compte est alimenté à la diligence de l'agent comptable de la caisse de base sur production par l'organisme conventionné d'un état prévisionnel de dépenses et en fonction de ses besoins.

La caisse nationale fixe le mode d'établissement et de présentation des états prévisionnels de dépenses.

Chaque organisme conventionné adresse à la caisse de base, à des dates fixées par celle-ci, un double des décomptes ainsi qu'un bordereau récapitulatif, conformément aux modalités de présentation déterminées par la caisse nationale.

(...)

Article R611-90

I. — Les dispositions des articles L 154-1 et L 154-2 et et des II et III de l'article R 611-68 sont applicables au contrôle des organismes conventionnés, sans préjudice des contrôles auxquels ceux-ci sont soumis en vertu de la législation dont ils relèvent.

II. — Le directeur général de la caisse nationale, conjointement avec les directeurs des caisses de base, contrôle, sur pièce et sur place, l'application par les organismes conventionnés mentionnés à l'article L.611-20 des dispositions législatives et réglementaires et des stipulations conventionnelles, notamment en matière d'encaissement et de contentieux des cotisations maladie pour les professions libérales, de versement des prestations maladie et de respect des exigences des contrats signés par l'organisme conventionné pour l'exercice des fonctions qui lui sont confiées.

(...)

5. CE QUE DIT LA RÉGLEMENTATION

Si on ne saurait remettre en cause le principe d'une délégation de services, encore faudrait-il que celle-ci soit conforme aux règles en vigueur.

En effet, selon l'Article 106 du TFUE,

- 1. **Les États membres**, en ce qui concerne les entreprises publiques et les entreprises auxquelles ils accordent des droits spéciaux ou exclusifs, **n'édicte** ni ne maintiennent **aucune mesure contraire aux règles des traités**, notamment à celles prévues aux articles 18 et 101 à 109 inclus.*
- 2. Les entreprises chargées de la gestion de **services d'intérêt économique général** ou présentant le caractère d'un monopole fiscal sont soumises aux règles des traités, **notamment aux règles de concurrence**, dans les limites où l'application de ces règles ne fait pas échec à l'accomplissement en droit ou en fait de la mission particulière qui leur a été impartie. Le développement des échanges ne doit pas être affecté dans une mesure contraire à l'intérêt de l'Union.*
- 3. La Commission veille à l'application des dispositions du présent article et adresse, en tant que de besoin, les directives ou décisions appropriées aux États membres.*

Une plainte relative à la violation des règles portant sur la passation des marchés publics est actuellement instruite par la Commission.

D'autant plus que, selon la Communication de la Commission relative à l'application des règles de l'Union européenne en matière d'aides d'État aux compensations octroyées pour la prestation de services d'intérêt économique général (2012/C 8/02, JOUE C8/4, du 8 janvier 2012) :

La présente communication ne porte nullement atteinte à l'application d'autres dispositions du droit de l'Union, notamment celles relatives aux marchés publics et celles résultant du traité et de la législation sectorielle de l'Union.

Lorsqu'une autorité publique choisit de confier la prestation d'un service à un tiers, elle est tenue de respecter les dispositions du droit de l'Union régissant les marchés publics, qui découlent des articles 49 à 56 du traité, les directives de l'Union concernant les marchés publics (...) la directive 2004/18/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 relative à la coordination des procédures de passation des marchés publics de travaux, de fournitures et de services et des règles sectorielles.

***Y compris dans les cas où les directives concernant les marchés publics sont totalement ou partiellement inapplicables** (par exemple, pour les concessions de services et marchés de services énumérés à l'annexe IIB de la directive 2004/18/CE, **et notamment différents types de services sociaux**), le choix du prestataire peut avoir à respecter les exigences du traité en matière de transparence, d'égalité de traitement, de proportionnalité et de reconnaissance mutuelle.*

Cette obligation (de transparence et d'égalité de traitement) est dorénavant étendue aux services de sécurité sociale stricto sensu, par l'article 74 et l'annexe XIV de la Directive 2014/24 relative aux marchés publics, dès lors que l'État membre délègue celle-ci à un tiers.

Directive 2014/24 Article 74

Attribution de marchés pour des services sociaux et d'autres services spécifiques
Les marchés publics pour les services sociaux et d'autres services spécifiques énumérés à l'annexe XIV sont attribués conformément au présent chapitre lorsque la valeur des marchés est égale ou supérieure au seuil indiqué à l'article 4, point d).

Article 4

La présente directive s'applique aux marchés dont la valeur estimée hors taxe sur la valeur ajoutée (TVA) est égale ou supérieure aux seuils suivants:

- a) 5 186 000 EUR pour les marchés publics de travaux;*
- b) 134 000 EUR pour les marchés publics de fournitures et de services passés par des autorités publiques centrales et pour les concours organisés par celles-ci; en ce qui concerne les marchés publics de fournitures passés par des pouvoirs adjudicateurs qui opèrent dans le domaine de la défense, ce seuil ne s'applique qu'aux marchés concernant les produits visés à l'annexe III;*
- c) 207 000 EUR pour les marchés publics de fournitures et de services passés par des pouvoirs adjudicateurs sous-centraux et pour les concours organisés par ceux-ci; ce seuil s'applique également aux marchés publics de fournitures passés par des autorités publiques centrales opérant dans le domaine de la défense, lorsque ces marchés concernent des produits non visés à l'annexe III;*
- d) 750 000 EUR pour les marchés publics de services portant sur des services sociaux et d'autres services spécifiques énumérés à l'annexe XIV.***

ANNEXE XIV

SERVICES VISÉS À L'ARTICLE 74

<i>Code CPV</i>	<i>Désignation</i>
<i>75300000-9</i>	<i>Services de sécurité sociale obligatoire</i>

Et telle a bien été la démarche de l'État français, en décidant de déléguer la gestion du régime des indépendants au RSI; qu'en conséquence le RSI se devait, et se doit encore, de respecter les principes établis par la Directive 2014/24 sus-citée, laquelle abrogeant la Directive 2004/18, indique dans ses considérants:

(5) Il convient de rappeler que rien dans la présente directive ne fait obligation aux États membres de confier à des tiers ou d'externaliser la fourniture de services qu'ils souhaitent fournir eux-mêmes ou organiser autrement que par la passation d'un marché public au sens de la présente directive. La prestation de services fondés sur la législation, la réglementation ou des contrats d'emploi ne devrait pas être concernée. Dans certains États membres, cela pourrait par exemple être le cas pour certains services administratifs et publics, tels que les services exécutifs et législatifs, ou la fourniture de certains services à la population, tels que des services en matière d'affaires étrangères ou de justice ou des services de sécurité sociale obligatoire.

(6) Il convient également de rappeler que la présente directive ne devrait pas affecter la législation des États membres en matière de sécurité sociale. Elle ne devrait pas non plus traiter de la libéralisation des services d'intérêt économique général, réservés à des organismes publics ou privés, ni de la privatisation d'organismes publics prestataires de services.

Il convient également de rappeler que les États membres sont libres d'organiser la fourniture de services sociaux obligatoires ou d'autres services, tels que les services postaux, soit en tant que services d'intérêt économique général, soit en tant que services d'intérêt général non économiques, ou une combinaison des deux. Il y a lieu de préciser que les services d'intérêt général non économiques ne devraient pas relever du champ d'application de la présente directive.

Qu'ainsi, en décidant de confier l'organisation de l'assurance de sécurité sociale des travailleurs indépendants, à une entreprise (ou ensemble d'entreprises) de droit privé, les dispositions de l'article 74 de la Directive 2014/24 sont pleinement applicables.

5.1. SUR LES REMISES DE GESTION

L'article 106 paragraphe 2 du Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne instaure le principe général de l'application des règles de concurrence, y compris aux entreprises présentant le caractère d'un monopole fiscal:

Article 106 TFUE

Les entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général ou présentant le caractère d'un monopole fiscal sont soumises aux règles des traités, notamment aux règles de concurrence, dans les limites où l'application de ces règles ne fait pas échec à l'accomplissement en droit ou en fait de la mission particulière qui leur a été impartie. Le développement des échanges ne doit pas être affecté dans une mesure contraire à l'intérêt de l'Union.

Et si l'existence d'une aide n'est pas prohibée, son champ d'application est défini par l'article 107 TFUE lequel établit le **principe général d'une incompatibilité de ces aides accordées par les États**, décrit par quatre critères cumulatifs:

Article 107 TFUE

1. Sauf dérogations prévues par les traités, sont incompatibles avec le marché intérieur, dans la mesure où elles affectent les échanges entre États membres, les aides accordées par les États ou au moyen de ressources d'État sous quelque forme que ce soit qui faussent ou qui menacent de fausser la concurrence en favorisant certaines entreprises ou certaines productions.

Et la Commission d'en préciser la définition dans sa décision 2014/944/UE du 11 juin 2014

Les critères définis à l'article 107, paragraphe 1, du TFUE sont cumulatifs. Dès lors, pour déterminer si la mesure notifiée constitue une aide d'État au sens de cette disposition, toutes les conditions précitées doivent être remplies. Plus précisément, le soutien financier:

- a) est accordé par l'État ou au moyen de ressources d'État;*
- b) favorise certaines entreprises ou certaines productions;*
- c) fausse ou menace de fausser la concurrence;*
- d) affecte les échanges entre États membres*

Ajoutant (dans cette même décision du 11 juin 2014) que:

*61-La notion d'aide d'État inclut tout avantage direct ou indirect qui est financé au moyen de ressources d'État et **accordé par l'État lui-même ou par des organismes intermédiaires agissant en vertu des pouvoirs qui leur ont été conférés par l'État.** Par conséquent, elle s'étend également à toutes les aides attribuées par des entités régionales ou locales des États membres, quels que soient le statut et la désignation de celles-ci*

Les États membres peuvent parfois prévoir le financement d'un SIEG au moyen de taxes ou cotisations versées par certaines entreprises ou usagers, et dont le produit est transféré aux entreprises chargées d'exploiter ledit SIEG. De telles modalités de financement ont été examinées par la Cour de Justice, notamment dans l'arrêt rendu dans l'affaire 173/73, Italie/Commission, dans lequel elle a précisé:

*Les fonds dont il s'agit étant alimentés par des contributions obligatoires imposées par la législation de l'État et étant, ainsi que l'espèce le démontre, gérés et répartis conformément à cette législation, **il y a lieu de les considérer comme des ressources d'État au sens de l'article (107 du traité), même s'ils étaient administrés par des institutions distinctes de l'autorité publique***

Ainsi, afin d'évaluer si la compensation pour la fourniture d'un SIEG confère un avantage au sens de l'article 107 du TFUE, la cour, dans son arrêt Altmark a défini les critères suivants:

A) L'entreprise bénéficiaire doit effectivement être chargée de l'exécution d'obligations de service public, et ces obligations doivent être clairement définies

B) Les paramètres sur la base desquels est calculée la compensation doivent être préalablement établis, de façon objective et transparente

C) La compensation ne saurait dépasser ce qui est nécessaire pour couvrir tout ou partie des coûts occasionnés par l'exécution des obligations de service public, en tenant compte des recettes y relatives ainsi que d'un bénéfice raisonnable

*D) Lorsque le choix de l'entreprise chargée de l'exécution d'obligations de service public, dans un cas concret, **n'est pas effectué dans le cadre d'une procédure de marché public** permettant de sélectionner le candidat capable de fournir ces services au moindre coût pour la collectivité, le niveau de la compensation nécessaire doit être déterminé sur la base d'une analyse des coûts qu'une entreprise moyenne bien gérée et adéquatement équipée en moyens de transport afin de pouvoir satisfaire aux exigences de service public requises, aurait encourus pour exécuter ces obligations, en tenant compte des recettes y relatives ainsi que d'un bénéfice raisonnable pour l'exécution de ces obligations*

Mais, tel que rappelé *supra*, **les États membres qui délèguent le service de sécurité sociale à un tiers ont l'obligation d'organiser un appel d'offres** en vertu de la Directive 2014/24 (Art.74, annexe XIV)

5.2. TIRÉE DE LA DÉCISION 2012/21

Si en premier lieu, il convient de s'interroger sur la nature de la ressource ainsi que le mode de transfert de celle-ci, car s'agissant de la nature étatique de la ressource, il peut s'agir de ressources provenant du budget de l'État ou d'une collectivité ou de cotisations obligatoires imposées par la législation d'un État (contributions), même si ces dernières sont administrées par des institutions distinctes de l'autorité publique, la Commission, dans sa décision 2012/21 relative à l'application de l'article 106 TFUE, paragraphe 2, s'est employée à rappeler les règles d'exemption aux obligations de notification des aides d'État dans le cadre d'un SIEG, qui, dans le cas d'application du Règlement (CE) n° 659/1999 du Conseil du 22 mars 1999 portant modalités d'application de l'article 93 du traité CE, sont nulles de plein droit en l'absence de celle-ci.

La commission avait déjà adopté une première décision 2005/842/CE du 28 novembre 2005, sur la base de l'arrêt Altmark du 24 juillet 2003, où elle rappelait le champ d'application des dispositions de l'article 86, paragraphe 2, du traité CE relatif aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général, et qui précise le sens et la portée de l'exception prévue à l'article 106, paragraphe 2, du traité et définit les règles visant à permettre un contrôle efficace du respect des critères fixés dans cette disposition.

C'est pour clarifier ces éléments que la Commission européenne a pris l'initiative de 3 mesures («paquet Altmark») :

- une décision prise sur la base de l'article 86-3
- un « encadrement » précisant les critères de comment utiliser la Commission dans l'instruction des dossiers qui lui sont notifiés
- une modification de la directive «transparence».

Ainsi, reprenant les principaux éléments du «paquet Altmark», la décision du 28 novembre 2005 exonère de notification et juge compatibles a priori avec le «marché commun» :

- les compensations n'excédant pas 30 millions € l'an octroyées aux entreprises dont le chiffre d'affaire annuel n'atteint pas 100 millions €,
- les hôpitaux,
- le logement social,
- certaines obligations de service public en matière de transport et d'infrastructures aéroportuaires et maritimes, tout en rappelant que ces compensations devaient respecter certaines conditions, qui peuvent faire l'objet d'un examen a posteriori.

Puis, par une seconde décision 2012/21 (paquet Almunia), remplaçant la décision 2005/842/CE, la Commission énonce sous quelles conditions une aide d'État sous la forme d'une compensation pour un service d'intérêt économique général n'est pas soumise à l'obligation de notification préalable prévue à l'article 108 TFUE, paragraphe 3, du Traité étant donné qu'elle peut être considérée comme compatible avec l'article 106, paragraphe 2, du traité:

Article 2

3. Si, pendant la durée du mandat, les conditions d'application de la présente décision cessent d'être remplies, l'aide est notifiée conformément à l'article 108, paragraphe 3, du traité.

Son considérant 11, et son article 2, sur renvoi au 3), précisent qu'en ce qui concerne les *compensations octroyées pour des services répondant à des besoins sociaux concernant les soins de santé et de longue durée, la garde d'enfants, l'accès et la réinsertion sur le marché du travail, le logement social et les soins et l'inclusion sociale des groupes vulnérables*

ne sont exemptées de l'obligation de notification des aides d'État, qu'à deux conditions :

- elles **ne dépassent pas** la somme de **15 M€ par année**,
- la décision ne s'applique que si la période pendant laquelle l'entreprise est chargée de la gestion du service d'intérêt économique général **ne dépasse pas dix ans**.

Or, force est de constater que selon les propres déclarations du RSI (voir "communiqué de presse du 12 janvier 2017" en annexe):

le directeur général du RSI a signé une convention nationale d'objectifs et de moyens (Cnom), pour la période 2016-2019, avec le représentant national de chacun des 2 réseaux d'organismes conventionnés (OC):

- *l'Association de représentation des organismes conventionnés mutualistes (Arocmut)*
- *la Réunion des organismes conventionnés assureurs (Roca)*

Il s'agit de la 3e CNOM depuis la fusion des caisses de sécurité sociale des travailleurs indépendants et la création du RSI en 2006.

Autrement dit, **la reconduction s'étend de 2006 à 2019, soit plus de dix ans**, sans que ces remises de gestion consenties au titre d'une délégation de service public, à des entreprises privées identiques, soient notifiées à la Commission, alors que l'article 108 TFUE paragraphe 3, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne impose aux États membres de requérir l'autorisation de la Commission européenne préalablement à la mise en œuvre de mesures d'aides individuelles ou de régimes d'aides d'État sont nulles de plein droit, dès lors que **le simple défaut de notification suffit pour entacher d'illégalité les actes nationaux** de « mise à exécution » de ces aides, et obliger le donneur d'ordre à leur récupération, que le juge doit disposer des pouvoirs les plus étendus pour suspendre le versement des aides, enjoindre leur restitution, accorder des dommages et intérêts aux concurrents lésés. (Règlement (UE) n°734/2013 du 22 juillet 2013).

Ainsi faut-il rappeler expressément que La Commission est fondée à interdire une aide a priori compatible, si une ancienne aide incompatible n'a pas pu être récupérée auprès de cette même entreprise bénéficiaire (CJCE, 15/05/1997, aff. C-355/95, Deggendorf).

Enfin, on observera que **le montant de ces remises de gestion a toujours été supérieur au seuil d'exonération préalable**, comme le RSI lui-même l'a déclaré à l'Inspection Générale des Affaires Sociales ("*Évaluation de la COG 2012-2015 du Régime Social des Indépendants (RSI)*", Tome 2, page 165, novembre 2015):

En €	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
OC Assureurs	103 239 000	106 268 000	108 179 000	114 387 000	118 653 000	118 221 898	117 028 476	
OC Mutualiste	84 985 000	86 841 000	87 534 000	91 123 000	89 840 000	89 224 102	88 322 524	
Total	188 224 000	193 109 000	195 713 000	205 510 000	208 493 000	207 466 000	205 351 000	202 207 000

Il en résulte que:

- **l'obligation de notification n'a pas été respectée**
- **ces remises de gestion sont nulles de plein droit**
- **le RSI a l'obligation légale de stopper immédiatement ses relations avec les entreprises concernées, et doit récupérer le total des sommes ainsi dépensées illégalement, la prescription étant de dix ans assortie d'intérêts (Règlement n°734/2013 du 22 juillet 2013).**

5.3. TIRÉE DU DEUXIÈME CRITÈRE ALTMARK

Dans son arrêt Altmark, du 24 juillet 2003, la Cour de justice précisait les conditions de financement des Services d'intérêt économique général et qualifiait l'absence d'aide par quatre critères dont le premier dispose que:

L'entreprise bénéficiaire doit effectivement être chargée de l'exécution d'obligations de service public, et ces obligations doivent être clairement définies.

Ce que la cour réitérait au point 89:

Premièrement, l'entreprise bénéficiaire doit effectivement être chargée de l'exécution d'obligations de service public et ces obligations doivent être clairement définies. Dans l'affaire au principal, la juridiction de renvoi devra donc examiner si les obligations de service public qui ont été imposées à Altmark Trans ressortent clairement de la législation nationale et/ou des licences en cause au principal.

Ce qui ne faisait que reprendre une jurisprudence constante, ceci afin de répondre, notamment, à l'exigence de sécurité juridique, qu'elle rappelait en ces termes:

59-En effet, ainsi qu'il résulte d'une jurisprudence constante, il est particulièrement important, afin que soit satisfaite l'exigence de sécurité juridique, que les particuliers bénéficient d'une situation juridique claire et précise, leur permettant de connaître la plénitude de leurs droits et de s'en prévaloir, le cas échéant, devant les juridictions nationales (...)

Allant jusqu'à préciser, que **le non respect d'un ou plusieurs des quatre critères énoncés, suffisait à qualifier la ressource comme étant une aide de l'État:**

*94-Il résulte des considérations qui précèdent que, dans la mesure où des subventions publiques accordées à des entreprises explicitement chargées d'obligations de service public afin de compenser les coûts occasionnés par l'exécution de ces obligations répondent aux conditions indiquées aux points 89 à 93 du présent arrêt, de telles subventions ne tombent pas sous le coup de l'article 92, paragraphe 1, du traité. **À l'inverse, l'intervention étatique qui ne répond pas à une ou plusieurs desdites conditions devra être considérée comme une aide d'État au sens de cette disposition.***

Or, l'article L611-21 du CSS qui prévoit que

Les organismes mentionnés à l'article L. 611-20 concluent une convention avec la Caisse nationale du régime social des indépendants dans des conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat (...).

est particulièrement imprécis, comme ledit décret prit en Conseil d'État, porté par le R611-85 du CSS l'expose:

Article R611-85

La convention d'objectifs et de moyens mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 611-21, conclue entre la caisse nationale et chacun des organes nationaux représentant les organismes conventionnés, fixe :

- 1° Les objectifs liés à la mise en oeuvre des dispositions législatives et réglementaires pour l'accomplissement des opérations mentionnées à l'article L. 611-20 ;*
- 2° Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;*
- 3° Les objectifs liés à l'amélioration du rendement des organismes conventionnés et des conditions d'exécution de leurs missions ;*
- 4° Le montant des remises de gestion accordées en contrepartie des activités confiées aux organismes conventionnés ainsi que les modalités et le calendrier de leur versement aux organes nationaux qui les représentent ;*
- 5° Les modalités de suivi et d'évaluation de la mise en oeuvre de la convention.*

La convention prévoit les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

La caisse nationale adresse un bilan annuel d'exécution de la convention au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé du budget et au ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales,

et l'article R611-86 qui prévoit un Arrêté Ministériel afin de préciser:

Article R611-86

Les objectifs des organismes conventionnés liés à la mise en oeuvre des dispositions législatives et réglementaires pour l'accomplissement des opérations mentionnées à l'article L. 611-20 ;

- 2° Les modalités de suivi et d'évaluation de l'exécution de ces opérations ;*
- 3° Les modalités de détermination des remises de gestion accordées en contrepartie des activités confiées aux organismes conventionnés, ainsi que les modalités et le calendrier de leur versement aux organes nationaux qui les représentent.*

Alors qu'en définitive la convention est établie, comme le stipule le R611-79, sur la base d'une convention type, sur le seul visa du conseil d'administration de la caisse nationale du régime social des indépendants:

Article R611-79

*I. — La Caisse nationale du régime social des indépendants **conclut une convention** avec les organismes mentionnés à l'article L 611-20 auxquels elle entend confier le soin d'effectuer, pour le compte des caisses de base, les opérations mentionnées au même article.*

Cette convention est conforme à une convention type établie par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, pris après avis du conseil d'administration de la caisse nationale. (...)

Laquelle convention type, prévue au R611-82, reste plus qu'évasive:

Article R611-82

La convention type prévue au second alinéa du I de l'article R 611-79 fixe :

1° Les modalités suivant lesquelles les organismes conventionnés s'acquittent des obligations qui leur incombent en vertu des textes législatifs et réglementaires pris pour l'application du présent titre ;

2° La durée, qui ne peut être inférieure à quatre ans, les conditions de dénonciation et les modalités de renouvellement des conventions conclues entre la caisse nationale et les organismes auxquels celle-ci confie l'exécution des opérations mentionnées à l'article L 611-20;

3° Les modalités de suivi par la caisse nationale et les caisses de base de la réalisation des objectifs fixés dans les contrats prévus à l'article R 611-87 ;

4° L'organisation du contrôle des organismes conventionnés par la caisse nationale et les caisses de base.

Elle comporte des clauses obligatoires et des clauses facultatives.

Et qu'il ne faut pas espérer obtenir davantage de détails ou de précisions, puisque cette convention type a été approuvée par arrêté ministériel du 30 janvier 2008:

JORF n°0025 du 30 janvier 2008 page 1742 texte n° 19

Arrêté du 21 janvier 2008 approuvant la convention type entre les caisses de base et les organismes conventionnés du régime social des indépendants

Par arrêté du ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité et du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique en date du 21 janvier 2008, est approuvée telle qu'annexée au présent arrêté la convention type (1) entre la Caisse nationale du régime social des indépendants et les organismes mentionnés à l'article L. 611-20 du code de la sécurité sociale.

(1) Cette convention type sera disponible auprès de la Caisse nationale du régime social des indépendants.

Or cet Arrêté n'a été pris que le 21 janvier 2008, alors que les remises de gestion existaient depuis 2005, et n'est consultable qu'auprès de la Caisse nationale du régime des indépendants, autrement dit, dans la plus grande opacité, ce qui qualifie que l'obligation n'est pas clairement définie, **contrevenant manifestement au deuxième critère Altmark.**

Par ailleurs, on observera que les contrats locaux prévus à l'article R611-87, sont également tout aussi peu explicites:

Article R611-87

Les contrats locaux d'objectifs et de moyens mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 611-21, conclus entre les organismes conventionnés et les organes nationaux qui les représentent, fixent des objectifs portant sur l'amélioration et l'évaluation de l'exécution par les organismes conventionnés des opérations mentionnées à l'article L. 611-20.

Les contrats locaux d'objectifs et de moyens sont transmis à la Caisse nationale du régime social des indépendants et aux caisses de base concernées.

La Caisse nationale du régime social des indépendants et les caisses de base vérifient conjointement que l'organisme conventionné a atteint les objectifs fixés dans son contrat local.

Quant aux tenants et aboutissants des convention établies au niveau local, n'étant de toute évidence pas fondées sur un principe de cahier des charges, et soumises à une simple vérification dont il n'est donné aucun détail.

6. QUALIFICATION DU RÉGIME

6.1. LE RÉGIME DE BASE DU RSI

Selon l'Arrêt du 18 mai 2000, Commission c. Royaume de Belgique, C-206/98 :

*L'article 2, paragraphe 2, de la directive 92/49, portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'assurance directe autre que sur la vie et modifiant les directives 73/239 et 88/357 (troisième directive «assurance non-vie»), doit être interprété à la lumière de l'article 55 de la directive, lequel se réfère aux entreprises d'assurances pratiquant sur le territoire des États membres, à leurs propres risques, l'assurance obligatoire des accidents du travail et dont il découle, s'agissant d'une disposition spéciale dérogatoire au régime général de la directive, que les assurances visées relèvent du champ d'application de celle-ci. **Il s'ensuit que la directive 92/49 est applicable aux assurances comprises dans un régime légal de sécurité sociale pratiquées par des entreprises d'assurances à leurs propres risques.***

Dès lors, en adoptant et en maintenant en vigueur une disposition qui exclut du champ d'application de la loi nationale de transposition de la directive 92/49 toute caisse ou entreprise d'assurances couvrant les accidents du travail, même lorsque ces caisses ou entreprises poursuivent un but lucratif à leurs propres risques, un État membre manque aux obligations qui lui incombent en vertu de la directive.

Or, il résulte des dispositions des articles D611-36 à D611-47 du CSS, que les délégataires conventionnés du régime maladie de base du RSI, sont intégralement et indéfiniment responsables :

- soit en cas de défaut de reversement ou de reversement partiel du montant des cotisations encaissées à l'une ou plusieurs des échéances prévues par l'arrêté pris en application de l'article D612-18, soit en cas de versement de prestations indues ou de versement tardif des prestations
- l'organisme conventionné engage sa responsabilité financière quand il verse indûment des prestations en méconnaissance des obligations qui lui incombent,
- les prestations indûment versées par l'organisme conventionné sont exclues des charges de l'assurance maladie et maternité par décision de la caisse de base,
- qu'en application de l'Ordonnance n° 2008-556 du 13 juin 2008 transposant la directive 2005/68/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 novembre 2005 relative à la réassurance, lesdits délégataires ne prennent aucun risque.
- qu'ainsi le régime de base du RSI est totalement sécurisé sur le plan financier,

Il en découle que la Directive 92/49 est applicable aux assurances comprises dans le régime légal de sécurité sociale du RSI, pratiquées par des entreprises d'assurances à leurs propres risques.

6.2. LE RÉGIME COMPLÉMENTAIRE

Le RSI gère également un régime complémentaire obligatoire, pour les risque maladie, invalidité décès, indemnité journalières, lequel régime fait l'objet d'une délégation identique à celle du régime du base, et au bénéfice des mêmes délégataires.

Article L613-20

Les prestations supplémentaires sont instituées, modifiées ou supprimées par décret pris sur proposition faite, à la majorité des membres élus d'une ou plusieurs sections professionnelles du conseil d'administration de la Caisse nationale.

*Les prestations supplémentaires peuvent être communes à plusieurs groupes professionnels si les sections professionnelles représentant ces groupes et statuant à la majorité ci-dessus définie, en font la demande. Dans ce cas, **l'équilibre financier est assuré dans le cadre de l'ensemble des groupes intéressés.***

Les prestations supplémentaires sont choisies parmi les catégories de prestations figurant au 1° de l'article L. 321-1 ou consistent soit en l'octroi, dans tout ou partie des cas entraînant une incapacité de travail, des indemnités journalières prévues au 5° du même article et au 2° de l'article L. 431-1, soit en une réduction de la participation de l'assuré aux tarifs servant au calcul du remboursement des prestations de base, sans que cette participation puisse être inférieure à celle prévue à l'article L. 322-2.

Lorsque la prestation supplémentaire consiste en l'octroi des indemnités journalières prévues au 5° de l'article L. 321-1, le bénéficiaire est soumis aux obligations fixées à l'article L. 323-6, sous peine des pénalités prévues à cet article. L'article L. 323-7 lui est également applicable.

La charge des prestations supplémentaires est couverte par des cotisations supplémentaires, dans les conditions précisées à l'article L. 612-13.

Ce régime est autonome, ne profite pas de la solidarité nationale, supporte ses propres pertes éventuelles, géré à son propre risque (Arrêt du 18 mai 2000, Commission c. Royaume de Belgique, C-206/98).

7. LES INFRACTIONS SONT CARACTÉRISÉES

7.1. APPLICATION DES DIRECTIVES 2006/54 ET 92/96

À l'inverse d'un « régime légal », le régime de base du RSI doit être considéré comme un « régime professionnel », au sens que lui donne la Directive 2006/54 (abrogeant la directive 86/378/CEE) relative à la mise en oeuvre du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes dans les régimes professionnels de sécurité sociale:

Article 2

*1. Sont considérés comme **régimes professionnels** de sécurité sociale les régimes non régis par la directive 79/7/CEE qui ont pour objet de fournir aux **travailleurs**, salariés ou **indépendants**, groupés dans le cadre d'une entreprise ou d'un groupement d'entreprises, d'une économique ou d'un secteur professionnel ou interprofessionnel, des prestations destinées à **compléter les prestations des régimes légaux de sécurité sociale** ou à **s'y substituer**, que l'affiliation à ces régimes soit obligatoire ou facultative.*

Or, il ne fait aucune doute qu'en vertu de l'article L613-1 du CSS, selon lequel:

Article L613-1

Sont obligatoirement affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles :

1° Les travailleurs indépendants qui ne sont pas affiliés au régime mentionné au 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime ;

2° Les débitants de tabacs ;

3° Pour des raisons impérieuses de sécurité, les moniteurs de ski titulaires d'un brevet d'État ou d'une autorisation d'exercer, organisés en association ou en syndicat professionnel pour la mise en œuvre de leur activité ; ces moniteurs sont considérés comme exerçant une activité non salariée, quel que soit le public auquel ils s'adressent ;

4° sous réserve des dispositions de l'article L. 311-2 et du 11° de l'article L. 311-3, le conjoint associé qui participe à l'activité de l'entreprise artisanale ou commerciale ;

5° l'associé unique des entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée sauf si l'activité qu'il exerce est de nature agricole au sens de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime ;

6° Les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles ;

7° Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, les loueurs de chambres d'hôtes mentionnées à l'article L. 324-3 du code du tourisme dont le revenu imposable de l'activité est supérieur à un montant fixé par décret ;

8° Les personnes, autres que celles mentionnées au 7° du présent article, exerçant une activité de location de locaux d'habitation meublés dont les recettes sont supérieures au seuil mentionné au 2° du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts, lorsque ces locaux sont loués à une clientèle y effectuant un séjour à la journée, à la semaine ou au mois et n'y élisant pas domicile, sauf option contraire de ces personnes lors de l'affiliation pour relever du régime général dans les conditions prévues au 35° de l'article L. 311-3 du présent code, ou lorsque ces personnes remplissent les conditions mentionnées au 1° du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts ;

9° Les personnes exerçant une activité de location de biens meubles mentionnée au 4° de l'article L. 110-1 du code de commerce et dont les recettes annuelles tirées de cette activité sont supérieures à 20 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, sauf option contraire de ces personnes lors de l'affiliation pour relever du régime général dans les conditions prévues au 35° de l'article L. 311-3,

correspond point pour point à la définition de la Directive, qui mentionne les travailleurs indépendants, groupés dans le cadre (...) d'un secteur professionnel ou interprofessionnel.

Qu'il en résulte, que non seulement le RSI perçoit des remises de gestion au titre de sa propre activité, qui se limite simplement pour ces branches, à déléguer sa gestion à des entreprises privées, qui percevant elles-mêmes des remises identiques s'y ajoutent, créant de la sorte une **surcompensation illicite**.

Nous y ajoutons qu'en l'état de la toute dernière jurisprudence de la Cour de Cassation (Chambre civile 2, 19 janvier 2017, 15-18635), celle-ci retient que :

qu'il résulte de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne que des régimes de sécurité sociale qui sont fondés sur le principe de solidarité ne revêtent pas le caractère d'une entreprise au sens des articles 85, 86 et 87 du traité CEE devenus respectivement les articles 105, 106 et 107 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, de sorte que les organismes qui pourvoient à la gestion de tels régimes ne sont pas compris dans le champ d'application de ces textes (CJCE, 17 février 1993, aff. C-159/91 et C-160/91, Poucet et Pistre ; 16 mars 2004, aff. C-264/01, C-306/01, C-354/01 et C-355/01, AOK-Bundesverbandf e.a, et 27 octobre 2005, aff. C-266/04, Casino France c/.Organic n° C 266/04 du 27 octobre 2005), ni de la directive 92/49/CEE du Conseil, du 18 juin 1992, portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie et modifiant les directives 73/239/CEE et 88/357/CEE (CJCE, 26 mars 1996, aff C-238/94, José Garcia e.a.) ;

Qu'il en résulte que le caractère obligatoire de l'assujettissement aux régimes de sécurité sociale des travailleurs indépendants des professions non agricoles n'étant pas incompatible avec les règles susmentionnées du droit de l'Union européenne, la question n'est pas pertinente ;

D'où il suit qu'il n'y a pas lieu de renvoyer la question à la Cour de justice de l'Union européenne ;

Et sur le moyen unique, qui est recevable :

*Attendu que M. X... fait grief à l'arrêt de rejeter son opposition, alors, selon le moyen, **que le RSI est un régime professionnel de sécurité sociale** dont les cotisations et contributions obligatoires sont calculées de manière proportionnelle à compter du revenu professionnel ; qu'il fournit par ailleurs, aux travailleurs, salariés ou indépendants, groupés dans le cadre*

*d'une entreprise ou d'un groupement d'entreprise, d'une branche économique ou d'un secteur professionnel ou inter professionnel, des prestations destinées à compléter les prestations des régimes légaux de sécurité sociale ou à s'y substituer, que l'affiliation à ces régimes soit obligatoire ou facultative ; que dans ces conditions, **le RSI entre bien dans le champ d'application des directives européennes 92/96** (relative à l'assurance directe sur la vie) et 92/49 (relative à l'assurance directe autre que sur la vie), ainsi qu'aux règles de concurrence édictées par l'article 106-1 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ;*

Mais attendu qu'il résulte de la jurisprudence précédemment rappelée de la Cour de justice de l'Union européenne que les régimes de sécurité sociale des travailleurs indépendants des professions non agricoles n'entrent pas dans le champ d'application des textes invoqués au soutien du moyen ;

Qu'il s'ensuit que la Cour refuse de faire une quelconque distinction entre :

- le caractère **professionnel** du régime en cause, et le fait qu'il est géré par un régime dit « **légal** » ,
- tout en acceptant, en totale contradiction, de reconnaître que le RSI entre bien dans le champ d'application des directives européennes 92/96 (relative à l'assurance directe sur la vie) et 92/49 (relative à l'assurance directe autre que sur la vie), ainsi qu'aux règles de concurrence édictées par l'article 106-1 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne

les remises de gestion s'ajoutant ainsi illégalement aux remises de gestion des réels délégués,

alors que la Commission rappelait dans sa décision 2012/21 du 20 décembre 2011 qu' :

Une compensation excédant ce qui est nécessaire** pour couvrir les coûts nets supportés par l'entreprise assurant le service n'est pas nécessaire à la gestion du service d'intérêt économique général et, partant, **constitue une aide d'État incompatible avec le marché intérieur qui devra être remboursée à l'État.

Une compensation accordée pour la gestion d'un service d'intérêt économique général, mais utilisée en réalité par l'entreprise concernée pour intervenir sur un autre marché à des fins autres que celles énoncées dans le mandat, n'est pas nécessaire à la gestion du service d'intérêt économique général et peut donc constituer également une aide d'État incompatible avec le marché intérieur qui devra être remboursée.

7.2. LE RSI NE PEUT PAS ACCORDER DES REMISES DE GESTION

Le RSI ne peut pas accorder des remises de gestion pour un régime qui n'est pas de nature de « service public »

Si l'article 90 paragraphe 2 du Traité de Rome de 1957, expose quelle est la charge des SIEG, il n'en donne pas une définition précise, que ce soit par le droit primaire ou le droit dérivé. :

2. Les entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général ou présentant le caractère d'un monopole fiscal sont soumises aux règles du présent traité, notamment aux règles de concurrence, dans les limites où l'application de ces règles ne fait pas échec à l'accomplissement en droit ou en fait de la mission particulière qui leur a été

impartie. Le développement des échanges ne doit pas être affecté dans une mesure contraire à l'intérêt de la Communauté.

Quant à l'article 14 du TFUE il se limite à rappeler la place occupée par les SIEG,

parmi les valeurs communes de l'Union

ainsi que le rôle qu'ils jouent

dans la promotion de la cohésion sociale et territoriale de l'Union.

Alors que selon l'article 36 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, l'accès à de tels services est reconnu et respecté par l'Union

tel qu'il est prévu par les législations et pratiques nationales, afin de promouvoir la cohésion sociale et territoriale de l'Union

Ainsi, en tant qu'activités économiques – de ce fait distincts des services d'intérêt général non économiques – **les SIEG sont soumis au droit de la concurrence**, tout en bénéficiant, selon la nature des services fournis, de certaines dérogations (article 106 TFUE par. 2).

La Cour de justice, dans décision du 24 juillet 2003 (Altmark – C-280/00) a précisé les critères à observer lors de l'évaluation de la légalité d'une compensation de service public, à savoir :

- **l'existence d'obligations de service public** clairement définies,
- une compensation calculée au préalable de façon objective et transparente afin de couvrir le strict nécessaire à l'exécution de telles obligations en tenant compte « des recettes y relatives ainsi que d'un bénéfice raisonnable », et déterminée sur la base d'une analyse des coûts encourus par une « entreprise moyenne » ,
- lorsque le choix de l'entreprise chargée du service n'est pas le fruit d'une procédure de marché public

À ce titre, la Commission vérifie donc que le service qualifié de SIEG répond à ces trois critères cumulatifs : la nature économique de l'activité exercée par l'entreprise en cause et **l'investissement explicite de cette dernière par la puissance publique** d'une part, et le caractère d'intérêt général du service concerné de l'autre.

Dans sa Décision du 20 décembre 2011, la Commission rappelle :

La présente décision remplace la décision 2005/842/CE et énonce sous quelles conditions une aide d'État sous la forme d'une compensation pour un service d'intérêt économique général n'est pas soumise à l'obligation de notification préalable prévue à l'article 108, paragraphe 3, du traité étant donné qu'elle peut être considérée comme compatible avec l'article 106, paragraphe 2, du traité.

*Une telle aide **ne peut être considérée comme compatible avec le marché intérieur que si elle est octroyée pour assurer la prestation de services d'intérêt économique général au sens de l'article 106, paragraphe 2, du traité.** Il résulte de la jurisprudence qu'en l'absence de réglementation sectorielle régissant cette question à l'échelle de l'Union, les États membres disposent d'un large pouvoir d'appréciation quant à la définition des services susceptibles d'être qualifiés de services d'intérêt économique général.*

Dès lors, la tâche de la Commission consiste à veiller à ce qu'il n'y ait pas d'erreur manifeste dans la définition des services d'intérêt économique général.

Dans sa Communication relative à l'application des règles de l'Union européenne en matière d'aides d'État aux compensations octroyées pour la prestation de services d'intérêt économique général (2012/C 8/02), la Commission a précisé que :

La Commission considère ainsi qu'il ne serait pas opportun d'assortir d'obligations de service public spécifiques une activité qui est déjà fournie ou peut l'être de façon satisfaisante et dans des conditions (prix, caractéristiques de qualité objectives, continuité et accès au service) compatibles avec l'intérêt général, tel que le définit l'État, par des entreprises exerçant leurs activités dans des conditions commerciales normales.

*Quant à la question de savoir si un service peut être fourni par le marché, l'appréciation de la **Commission se limite à vérifier que l'État membre n'a pas commis d'erreur manifeste.***

Et le Tribunal de première instance (TPICE, 15 juin 2005, Olsen c/ Commission – T-17/02 ; dans le même sens : CJCE, 12 février 2008, Bupa – T-289/03). de rappeler que si les États membres disposent d'un

*large pouvoir d'appréciation quant à la définition de ce qu'ils considèrent comme des services d'intérêt économique général[...], la définition de ces services [...] ne peut être remise en question par la Commission **qu'en cas d'erreur manifeste***

La Commission a ainsi expressément retenu que constituait une erreur manifeste d'appréciation le fait d'inclure dans un service de l'audiovisuel des activités de publicité, de commerce électronique et d'utilisation de numéros de téléphone spéciaux pour des jeux dotés de prix (Communication du 27 octobre 2009 « concernant l'application aux services publics de radiodiffusion des règles relatives aux aides d'État »), ou encore le fait de qualifier de SIEG certaines activités liées au domaine des opérations portuaires ne revêtant pas nécessairement un « intérêt économique général spécifique par rapport à celui que revêtent d'autres activités de la vie économique » (CJCE, 10 décembre 1991, *Merci convenzionali porto di Genova* – C-179/90).

Dans sa Communication relative à l'Encadrement de l'Union européenne applicable aux aides d'État sous forme de compensations de service public (2012/C 8/03) :

*L'aide octroyée doit concerner **un véritable service d'intérêt économique général**, au sens de l'article 106, paragraphe 2, du traité, auquel il convient de donner une définition correcte (...) les États membres ne peuvent assortir d'obligations spécifiques de service public des services qui sont déjà fournis ou peuvent l'être de façon satisfaisante et dans des conditions (prix, caractéristiques de qualité objectives, continuité et accès au service) compatibles avec l'intérêt général, tel que le définit l'État, par des entreprises exerçant leurs activités dans des conditions normales de marché (...) Aux fins de l'application des principes énoncés dans la présente communication, **les États membres doivent prouver** qu'ils ont pris dûment en considération les besoins en matière de service public concernés, en effectuant une consultation publique ou par d'autres moyens appropriés permettant de tenir compte des intérêts des utilisateurs et des prestataires de services.*

De plus, Une aide ne pourra être considérée comme compatible avec le marché intérieur sur la base de l'article 106, paragraphe 2, du traité que si l'autorité responsable, au moment de confier la prestation du service à l'entreprise concernée, s'est conformée ou s'engage à se conformer aux règles de l'Union applicables dans le domaine des marchés publics. Cela comprend toutes les exigences en matière de transparence, d'égalité de traitement et de non-discrimination découlant directement du traité et, s'il y a lieu, du droit dérivé de l'Union.

Toute aide ne respectant pas ces règles et exigences est réputée affecter le développement des échanges dans une mesure contraire aux intérêts de l'Union, au sens de l'article 106, paragraphe 2, du traité.

Ainsi, le législateur en décidant d'une délégation de gestion via les C.N.O.M., n'a pas apporté la preuve du bien fondé de sa démarche, et cela d'autant moins qu'il ne fournit aucun élément pouvant démontrer qu'il s'agit d'une mission de service public, puisque d'une part le régime est restreint à une seule catégorie socio-professionnelle, et que d'autre part les régimes complémentaires notamment, peuvent être offerts par n'importe quel acteur du marché, tels que nous le rappellent l'Arrêt Beaudout (détaillé à partir de la page 27) et la Décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013 du Conseil Constitutionnel, laquelle condamnait justement une mesure du Code de Sécurité Sociale visant à priver les entreprises de leur liberté de choix de l'organisme de prévoyance:

*11. Considérant que, toutefois, d'une part, en vertu des **dispositions du premier alinéa de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, toutes les entreprises qui appartiennent à une même branche professionnelle peuvent se voir imposer non seulement le prix et les modalités de la protection complémentaire mais également le choix de l'organisme de prévoyance** chargé d'assurer cette protection parmi les entreprises régies par le code des assurances, les institutions relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et les mutuelles relevant du code de la mutualité ; que, si le législateur peut porter atteinte à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle dans un but de mutualisation des risques, notamment en prévoyant que soit recommandé au niveau de la branche un seul organisme de prévoyance proposant un contrat de référence y compris à un tarif d'assurance donné ou en offrant la possibilité que soient désignés au niveau de la branche plusieurs organismes de prévoyance proposant au moins de tels contrats de référence, il ne saurait porter à ces libertés une atteinte d'une nature telle que l'entreprise soit liée avec un cocontractant déjà désigné par un contrat négocié au niveau de la branche et au contenu totalement prédéfini ; que, par suite, **les dispositions de ce premier alinéa méconnaissent la liberté contractuelle et la liberté d'entreprendre ;***

*12. Considérant que, d'autre part, les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 912-1 permettent d'**imposer** que, dès l'entrée en vigueur d'un **accord de branche**, les entreprises de cette branche se trouvent liées avec l'organisme de prévoyance désigné par l'accord, alors même qu'antérieurement à celui-ci elles seraient liées par un contrat conclu avec un autre organisme ; que, pour les mêmes motifs que ceux énoncés au considérant 11 et sans qu'il soit besoin d'examiner le grief tiré de l'atteinte aux conventions légalement conclues, ces dispositions **méconnaissent également la liberté contractuelle et la liberté d'entreprendre ;***

*13. Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède que les dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale **portent à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle une atteinte disproportionnée au regard de l'objectif poursuivi de mutualisation des risques ;** que, sans qu'il soit besoin d'examiner les autres griefs dirigés contre le 2° du paragraphe II de l'article 1er de la loi déferée, ces dispositions ainsi que celles de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale doivent être déclarées contraires à la Constitution ;*

Il s'ensuit que la délégation du marché de l'assurance maladie, invalidité-décès, indemnité journalière, à certaines entreprises privées, est un marché concurrentiel qui peut être réalisé directement par n'importe quel assureur, qu'il est affecté d'une absence totale de publicité, géré de gré à gré, et ne représente pas un véritable service d'intérêt économique général.

L'irrégularité de remise de gestion à ces prestations complémentaires entraîne de facto une surcompensation de celles relatives au régime de base.

7.3. AU SURPLUS

Dans les affaires jointes C-25/14 et C-26/14, Beaudout père et fils sarl, UNIS, en date du 17 décembre 2015, la CJUE a jugé que :

*En vertu de l'article L. 911¹ du code de la sécurité sociale dans sa version applicable aux affaires au principal, les garanties collectives dont bénéficient les **travailleurs salariés** en complément de celles qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale peuvent être déterminées, notamment, **par voie de conventions ou d'accords collectifs**. Aux termes de l'article L. 911² de ce code, de telles garanties collectives peuvent viser à la couverture des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, en complément des couvertures qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale. Aux termes de l'article L. 2262¹ du code du travail dans sa version applicable auxdites affaires, l'application des conventions et des accords collectifs est, en principe, obligatoire pour les signataires ou les membres des organisations ou des groupements signataires. Toutefois, l'article L. 911³ du code de la sécurité sociale prévoit que celles-ci peuvent être étendues par un arrêté du ministre compétent.*

(...)

*Il en résulte que les **conventions de branche ainsi que les accords professionnels ou interprofessionnels** conclus en commission paritaire, de même que leurs avenants et annexes, peuvent, sous certaines conditions, faire l'objet d'une extension par arrêté du ministre compétent, dont l'objet est de les rendre obligatoires à l'ensemble des travailleurs salariés et des employeurs compris dans le champ d'application de la convention ou de l'accord concerné*

*17 Toutefois, toujours dans le cadre de la même référence implicite à l'arrêt AG2R Prévoyance (C-437/09, EU:C:2011:112), la juridiction de renvoi adopte l'analyse faite aux points 66 à 81 de cet arrêt et, en conséquence, considère que ni l'avenant concerné ni l'arrêté d'extension ne sont irréguliers au regard des articles 102 TFUE et **106 TFUE**. Elle écarte par ailleurs comme étant sans rapport avec ces articles le grief tiré de l'absence d'appel à la concurrence préalable à la désignation de l'organisme assureur.*

Pour mémoire, l'article 106 concerne les entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général ou présentant le caractère d'un monopole fiscal

*18 En revanche, le Conseil d'État mentionne, dans les deux décisions de renvoi, l'arrêt Sporting Exchange (C-203/08, EU:C:2010:307), relatif à l'octroi d'un droit exclusif d'exploiter des jeux de hasard. Il relève que, conformément au point 47 de cet arrêt, **l'obligation de transparence est une condition préalable obligatoire du droit d'un État membre d'attribuer à un opérateur économique le droit exclusif d'exercer une activité économique, quel que soit le mode de sélection de cet opérateur.***

(...)

34 Troisièmement, c'est par l'effet de ladite décision que naît un droit exclusif dans le chef de cet organisme (voir, en ce sens, arrêt Albany, C-67/96, EU:C:1999:430, point 90). **Cette décision d'extension a un effet d'exclusion à l'égard des opérateurs établis dans d'autres États membres et qui seraient potentiellement intéressés par l'exercice de cette activité de gestion** (voir, par analogie, arrêt Sporting Exchange, C-203/08, EU:C:2010:307, point 47).

35 Quatrièmement, la création d'un droit exclusif par l'autorité publique implique, en principe, **le respect de l'obligation de transparence** (voir, en ce sens, arrêt Sporting Exchange, C-203/08, EU:C:2010:307, point 47). Partant, l'exercice, par cette autorité, de son pouvoir d'étendre le caractère contraignant d'un accord collectif portant désignation d'un organisme unique pour la gestion d'un régime de prévoyance complémentaire requiert que les opérateurs potentiellement intéressés autres que celui qui a été désigné aient eu préalablement l'occasion de faire connaître leur intérêt pour assurer une telle gestion et que la désignation de l'opérateur chargé de la gestion de ce régime complémentaire soit intervenue en toute impartialité.

(...)

38 Il ressort de la jurisprudence que **l'obligation de transparence découle des principes d'égalité de traitement et de non-discrimination, dont la libre prestation des services garantie par l'article 56 TFUE exige le respect**. En effet, en l'absence de toute transparence, l'attribution à une entreprise située dans l'État membre où se déroule la procédure d'attribution est constitutive d'une différence de traitement dont les effets interviennent essentiellement au détriment de l'ensemble des entreprises potentiellement intéressées situées dans d'autres États membres, puisque celles-ci n'ont eu aucune possibilité réelle de manifester leur intérêt, et cette différence de traitement constitue, en principe, une discrimination indirecte selon la nationalité, interdite, en principe, par application, notamment, de l'article 56 TFUE (voir en ce sens, notamment, arrêts Coname, C-231/03, EU:C:2005:487, points 17 à 19, ainsi que Belgacom, C-221/12, EU:C:2013:736, point 37 et jurisprudence citée).

39 Sans nécessairement imposer de procéder à un appel d'offres, **l'obligation de transparence implique un degré de publicité adéquat permettant, d'une part, une ouverture à la concurrence et, d'autre part, le contrôle de l'impartialité de la procédure d'attribution** (voir en ce sens, notamment, arrêt Engelmann, C-64/08, EU:C:2010:506, point 50 et jurisprudence citée).

40 Il convient de rappeler que la question posée dans chacune des deux affaires ne concerne que la décision par laquelle une autorité publique décide d'étendre un accord collectif à l'ensemble des employeurs et des travailleurs salariés d'une branche d'activité. Par ailleurs, les droits des employeurs n'ayant pas participé à la conclusion de cet accord ne sont affectés que par cette extension.

41 Partant, en principe, **un État membre ne peut créer un droit exclusif** en faveur d'un opérateur économique en rendant obligatoire pour l'ensemble des employeurs et des travailleurs salariés d'une branche d'activité un accord collectif confiant à cet opérateur, choisi par les partenaires sociaux, la gestion d'un régime de prévoyance complémentaire obligatoire institué au profit des travailleurs [salariés] de cette branche que si la décision d'extension de l'accord collectif portant désignation d'un organisme gestionnaire unique n'intervient **qu'à la condition que soit respectée l'obligation de transparence**.

42 Or, à cet égard, **il s'impose de constater**, d'une part, que ni la juridiction de renvoi ni le gouvernement français n'ont évoqué de possibles justifications au fait que le droit

exclusif de gestion d'un régime de prévoyance complémentaire soit attribué sans aucune forme de publicité.

(...)

45 Or, ni le fait que les conventions et les accords collectifs ainsi que les avenants à ceux-ci font l'objet d'un dépôt auprès d'une autorité administrative et peuvent être consultés sur Internet, ni la publication dans un journal officiel d'un avis selon lequel il est envisagé d'engager une procédure d'extension d'un tel avenant, ni la possibilité pour tout intéressé de faire connaître ses observations à la suite de cette publication ne présentent, même pris ensemble, un degré de publicité adéquat, permettant d'assurer que les opérateurs intéressés puissent, conformément aux objectifs de l'obligation de transparence, manifester leur intérêt quant à la gestion du régime de prévoyance en cause au principal avant que la décision d'extension intervienne en toute impartialité. *En effet, les intéressés ne disposent que d'un délai de quinze jours pour soumettre leurs observations, ce qui est sensiblement inférieur aux délais prévus, sauf en cas d'urgence, aux articles 38, 59 et 65 de la directive 2004/18/CE du Parlement européen et du Conseil, du 31 mars 2004, relative à la coordination des procédures de passation des marchés publics de travaux, de fournitures et de services (JO L 134, p. 114, et rectificatif JO 2004, L 351, p. 44), telle que modifiée par le règlement (UE) no 1251/2011 de la Commission, du 30 novembre 2011 (JO L 319, p. 43), qui n'est pas applicable en l'espèce, mais qui peut servir de cadre de référence à cet égard. En outre, selon les observations présentées par le gouvernement français lors de l'audience devant la Cour, le ministre compétent se limite à un simple contrôle de légalité. Il apparaît ainsi que l'existence d'une offre plus avantageuse dont une personne intéressée informerait ledit ministre ne peut empêcher l'extension de cet accord, ce qu'il appartient à la juridiction de renvoi de vérifier.*

46 *Eu égard à l'ensemble des considérations qui précèdent, il convient de répondre à la question posée dans chacune des deux affaires que l'obligation de transparence, qui découle de l'article 56 TFUE, s'oppose à l'extension, par un État membre, à l'ensemble des employeurs et des travailleurs salariés d'une branche d'activité, d'un accord collectif, conclu par les organisations représentatives d'employeurs et de travailleurs salariés pour une branche d'activité, qui confie à un unique opérateur économique, choisi par les partenaires sociaux, la gestion d'un régime de prévoyance complémentaire obligatoire institué au profit des travailleurs salariés, sans que la réglementation nationale prévoie une publicité adéquate permettant à l'autorité publique compétente de tenir pleinement compte des informations soumises, relatives à l'existence d'une offre plus avantageuse.*

En droit interne, et en ce qui concerne les travailleurs non salariés affiliés au RSI, c'est l'article L613-20 du CSS qui organise la procédure relative aux prestations complémentaires :

Article L613-20

Les prestations supplémentaires sont instituées, modifiées ou supprimées par décret pris sur proposition du conseil d'administration de la Caisse nationale.

Les prestations supplémentaires peuvent également être instituées, modifiées ou supprimées par décret pour certaines catégories professionnelles sur proposition du conseil d'administration de la caisse nationale se réunissant dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 611-5. Dans ce cas, l'équilibre financier est assuré dans le cadre des catégories professionnelles correspondantes

Or, à l'instar de la décision de l'Arrêt Beaudout/Unis (voir page 27) en ce qui concerne les travailleurs salariés, la procédure est quasiment identique pour les travailleurs non salariés.

Par exemple, en application de l'article D613-14 du CSS, le Décret n° 2014-20 du 9 janvier 2014 relatif à l'extension du régime des indemnités journalières maladie des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales relevant du régime social des indépendants à leurs conjoints collaborateurs, approuve et rend obligatoires, la proposition des sections professionnelles du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants en date du 9 juillet 2012, et l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants en date du 10 décembre 2013.

Décret n° 2014-20 du 9 janvier 2014

relatif à l'extension du régime des indemnités journalières maladie des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales relevant du régime social des indépendants à leurs conjoints collaborateurs

(...)

Vu la proposition des sections professionnelles du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants en date du 9 juillet 2012 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants en date du 10 décembre 2013,

Décète :

Article 1

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article D. 612-9 est ainsi modifié :

*a) Au deuxième alinéa, après les mots : « les assurés cotisant », sont insérés les mots : « ainsi que **les conjoints collaborateurs** mentionnés à l'article D. 613-28 » ;*

*b) Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « La cotisation due par les **conjoints collaborateurs** est calculée sur une assiette égale à 40 % de la valeur du plafond de la sécurité sociale. » ;*

2° Après l'article D. 613-27, il est rétabli un article D. 613-28 ainsi rédigé :

*« Art. D. 613-28. - Les **conjoints collaborateurs** mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce des assurés mentionnés à l'article D. 613-14 bénéficient du régime d'indemnités journalières dans les conditions déterminées par la présente sous-section. (...)*

7.4. UNE MESURE ANORMALE DE FAVORITISME

Cette situation est d'autant plus avantageuses pour tous ces différents délégataires car ils proposent d'autres services en dehors du cadre de cette délégation, leur conférant ainsi un véritable avantage concurrentiel auprès de cette clientèle captive.

Par exemple (un parmi bien d'autres), la Mutuelle Bleue gère une sur-complémentaire (troisième niveau) de prévoyance :

Cette garantie de votre assurance prévoyance couvre toutes les charges fixes liées à l'exercice de votre activité et qui continuent de courir quand vous êtes en arrêt de travail :

- vos loyers et charges des locaux professionnels
- vos dépenses d'eau, de gaz, d'électricité, de chauffage, d'assurances professionnelles
- vos taxes et impôts professionnels
- vos coûts des locations de matériel et mobilier (y compris crédit-bail)
- vos charges sociales professionnelles obligatoires
- Prise en charge des frais généraux en cas d'arrêt de travail jusqu'à 120 000 € par an
- Couverture pendant 12 mois d'indemnisations maximum,
- Ainsi qu'une sur-complémentaire maladie.

Autre exemple, Harmonie mutuelle gère, à l'attention des assujettis RSI

- des régimes vieillesse par capitalisation,
- des assurances sur-complémentaires santé,
- de la prévoyance

Qui plus est, par les effets de l'article 56 de loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie et ayant créé les articles L863-1 à L863-6 CSS, lesquels traduisent la mise en oeuvre d'une Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (A.C.S.), dont le montant varie selon l'âge de 200 € à 550 € (annuels), il est institué, un avantage financier, sous forme de crédit d'impôt pour la souscription d'un contrat d'assurance maladie complémentaire :

Article L863-1

*Ouvrent droit à un **crédit d'impôt** au titre de la taxe collectée en application de l'article L. 862-4 les **contrats individuels** ou, lorsque l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture, **collectifs facultatifs d'assurance** complémentaire en matière de santé **sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 863-6**, respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et souscrits auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance par les personnes résidant en France dans les conditions fixées à l'article L. 861-1 dont les ressources, appréciées dans les conditions prévues aux articles L. 861-2 et L. 861-2-1, sont comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 et ce même plafond majoré de 35 %. Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1.*

Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer, au sens de l'article L861-1, couvertes par le ou les contrats.

Il est égal à 100 euros par personne âgée de moins de seize ans, à 200 euros par personne âgée de seize à quarante-neuf ans, à 350 euros par personne âgée de cinquante à cinquante-neuf ans et à 550 euros par personne âgée de soixante ans et plus. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année.

Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à un seul crédit d'impôt par an.

Lequel avantage financier, n'est accordé que si le contrat de prestations complémentaires est **souscrit auprès d'une liste limitative d'opérateurs** intervenant sur un secteur concurrentiel:

Article L863-6

Le bénéfice du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 est réservé aux contrats individuels ou, lorsque l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture, collectifs facultatifs d'assurance complémentaire en matière de santé respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1, ouverts à tous les bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé et sélectionnés à l'issue d'une procédure de mise en concurrence. Cette procédure vise à sélectionner des contrats offrant, au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles prévues au même article L. 871-1. Elle est régie par des dispositions définies par décret en Conseil d'Etat, dans le respect des principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination.

*Ce décret fixe notamment les règles destinées à garantir une publicité préalable suffisante, les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures, **les critères de sélection des contrats**, le ou les niveaux de prise en charge des dépenses entrant dans le champ des garanties mentionnées au premier alinéa ainsi que le nombre minimal de contrats retenus pour chaque niveau de garantie.*

La liste des contrats ainsi sélectionnés est rendue publique et est communiquée par les caisses d'assurance maladie aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé.

Qu'ainsi, en subordonnant le bénéfice du crédit d'impôt, à un choix dans une liste restreinte d'opérateurs, si l'avantage financier profite au souscripteur du contrat complémentaire, **cet avantage constitue également, pour les entreprises figurant sur cette liste, une ressource**, ne serait-ce que de manière indirecte, puisque cette mesure est de nature à leur consentir un avantage concurrentiel évident, par rapport aux autres acteurs intervenant sur ce marché.

Ce qui constitue une évidente violation des règles du Traité:

Article 101 TFUE

1. Sont incompatibles avec le marché intérieur et interdits tous accords entre entreprises, toutes décisions d'associations d'entreprises et toutes pratiques concertées, qui sont susceptibles d'affecter le commerce entre États membres et qui ont pour objet ou pour effet d'empêcher, de restreindre ou de fausser le jeu de la concurrence à l'intérieur du marché intérieur, et notamment ceux qui consistent à:

a) fixer de façon directe ou indirecte les prix d'achat ou de vente ou d'autres conditions de transaction,

b) limiter ou contrôler la production, les débouchés, le développement technique ou les investissements,

c) répartir les marchés ou les sources d'approvisionnement,

d) appliquer, à l'égard de partenaires commerciaux, des conditions inégales à des prestations équivalentes en leur infligeant de ce fait un désavantage dans la concurrence,

e) subordonner la conclusion de contrats à l'acceptation, par les partenaires, de prestations supplémentaires qui, par leur nature ou selon les usages commerciaux, n'ont pas de lien avec l'objet de ces contrats.

2. Les accords ou décisions interdits en vertu du présent article sont nuls de plein droit.

3. Toutefois, les dispositions du paragraphe 1 peuvent être déclarées inapplicables:

- à tout accord ou catégorie d'accords entre entreprises,*
- à toute décision ou catégorie de décisions d'associations d'entreprises et*
- à toute pratique concertée ou catégorie de pratiques concertées*

qui contribuent à améliorer la production ou la distribution des produits ou à promouvoir le progrès technique ou économique, tout en réservant aux utilisateurs une partie équitable du profit qui en résulte, et sans:

- a) imposer aux entreprises intéressées des restrictions qui ne sont pas indispensables pour atteindre ces objectifs,*
- b) donner à des entreprises la possibilité, pour une partie substantielle des produits en cause, d'éliminer la concurrence.*

Cette mesure vise donc plus à faciliter le développement commercial de certains acteurs choisis, que d'apporter une aide financière véritable aux souscripteurs, puisque la subordination du crédit d'impôt à une liste restrictive de contrats, est également applicable aux contrats individuels, mesure pourrait aussi être considérée comme une atteinte à la liberté personnelle du choix de l'interlocuteur économique pour la délivrance de services et prestations.

8. LA PLAINTÉ EST FONDÉE

Comme il l'a été démontré:

- Le RSI, en tant que régime de sécurité sociale des travailleurs indépendants est, comme le confirmait la Cour de Cassation dans son arrêt 15-18635 du 19 janvier 2017, un régime professionnel, ce qui le soumet aux règles des Directives 92/96.
- Sur la base d'une convention type prise au seul visa du conseil d'administration de la Caisse nationale, contrevenant ainsi au second critère Altmark, le RSI, faisant fi des obligations de transparence et d'égalité de traitement prévue notamment par l'article 74 et l'annexe XIV de la Directive 2014/24, délègue depuis plus de dix ans la totalité de sa gestion aux deux mêmes organismes (AROCMUT et ROCA), écartant par cette mesure les autres acteurs prévus par le R611-79 (a à c) établis sur un marché concurrentiel, en octroyant au deux délégataires des remises de gestion annuelles très supérieures au seuil d'exemption de déclaration que rappelait la décision 2012/21 de la Commission (paquet Almunia).
- Alors que l'article 106 TFUE par.2, fixe les conditions pour lesquelles des aides peuvent être accordées, la Commission rappelait dans sa décision 2012/C 8/83, que l'aide doit concerner un véritable service d'intérêt économique, auquel la Cour de Justice dans son arrêt du 24 juillet 2003 (Altmark – C-280/00), ajoutait un premier critère d'existence d'obligations de service public clairement définies, lesquelles n'ont jamais été prouvées par l'État français.
- En accordant sous forme de crédit d'impôt, un avantage financier pour la souscription de garanties complémentaires, mais en subordonnant le bénéfice de cette disposition à un choix limité d'opérateurs, l'article 56 de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, constitue pour lesdits opérateurs, une ressource d'État et contrevient aux dispositions de l'article 106 TFUE

9. **ANNEXE**

- Communiqué de presse RSI du 12 janvier 2017; signature de la CNOM 2016-2019
- Mutuelle Bleue plaquette commerciale sur-complémentaire



Communiqué de presse

La Plaine Saint-Denis, le 12 janvier 2017

Conventions nationales d'objectifs et de moyens (Cnom) 2016-2019 : l'occasion d'en savoir plus sur l'assurance maladie des travailleurs indépendants.

Le Régime social des indépendants (RSI) et les représentants de ses organismes conventionnés (OC) - l'Association de représentation des organismes conventionnés mutualistes (Arocmut) et la Réunion des organismes conventionnés assureurs (Roca) - ont signé mercredi 28 décembre 2016 leurs conventions nationales d'objectifs et de moyens (Cnom) pour la période 2016-2019, portant sur la délégation de gestion de l'assurance maladie des travailleurs indépendants. Cet événement est l'occasion de rappeler le fonctionnement et les chiffres clés de l'assurance maladie de plus de 4,6 millions de personnes.

Cnom 2016-2019 : des efforts communs pour les assurés du RSI

Mercredi 28 décembre 2016, le directeur général du RSI a signé une convention nationale d'objectifs et de moyens (Cnom), pour la période 2016-2019, avec le représentant national de chacun des 2 réseaux d'organismes conventionnés (OC). Il s'agit de la 3^e Cnom depuis la fusion des caisses de sécurité sociale des travailleurs indépendants et la création du RSI en 2006.



De gauche à droite :

Daniel Hostaléry - président du directoire d'Arocmut, Stéphane Seiller - DG du RSI, Hervé Drouet - DG de la Roca et de La Ram.

Les 4 principaux axes d'engagements des Cnom 2016-2019, fixés dans la continuité de la convention d'objectifs et de gestion (Cog) signée le 22 juillet 2016 entre l'État et le RSI, sont :

- l'amélioration de la qualité de service rendu aux assurés et notamment répondre à toute demande dans les meilleurs délais et de manière adaptée, améliorer la qualité des courriers qui leur sont destinés, mettre à leur disposition des services en ligne ;
- l'accompagnement, auprès des assurés et des professionnels de santé, du déploiement du tiers payant dans le cadre de l'inter-régimes ;
- la mise en œuvre de la protection universelle maladie (PUMA) qui améliore notamment la continuité des droits en cas de début ou d'arrêt de l'activité professionnelle indépendante (concerne plus de 600 000 personnes chaque année) ;
- la mise en œuvre du transfert du recouvrement des cotisations d'assurance maladie des professions libérales à l'organisation commune RSI/Urssaf au 1^{er} janvier 2018.

Par ailleurs, différents travaux sont d'ores et déjà engagés pour les OC mutualistes entre l'Arocmut et le RSI dans le cadre du programme 12 de la Cog du RSI 2016-2019, « Mettre en œuvre un partenariat plus efficient avec les OC », qui prévoit d'optimiser l'organisation des délégataires par la réduction du nombre d'OC (voir p. 2 le tableau : « Les 2 réseaux d'organismes conventionnés pour la période 2016-2019 »).

L'assurance maladie des travailleurs indépendants : un modèle historique, simple et satisfaisant

Au sein de la sécurité sociale française, le RSI se caractérise par un **système de gestion spécifique pour l'assurance maladie obligatoire des travailleurs indépendants**. En effet, il délègue (et avant lui la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes - Canam - depuis 1969) à ces organismes :

- le service des prestations maladie, maternité et indemnités journalières de plus de 4,6 millions de travailleurs indépendants et de leurs ayants droit dont la gestion des cartes Vitale ;
- l'encaissement et le recouvrement amiable et contentieux des cotisations sociales d'assurance maladie et maternité de 756 000 professionnels libéraux (jusqu'au 31 décembre 2017).

Les travailleurs indépendants ont le choix de leur OC, les prestations servies par l'ensemble des OC étant strictement identiques et totalement alignées depuis 2001 sur celles servies aux salariés. Ce choix s'effectue lors de la création de leur entreprise au [centre de formalités des entreprises \(CFE\)](#). Il est valable pour les 2 premières années civiles et se renouvelle par tacite reconduction. Les assurés peuvent ensuite changer d'OC sur demande auprès de leur caisse RSI. Les assurés adressent à leur OC les documents de santé, en particulier les feuilles de soins pour les [remboursements](#), et peuvent le [contacter](#) pour toute information.

Le fonctionnement des OC est jugé satisfaisant par l'[Igas](#) (*Rapport définitif de l'évaluation de la Cog 2012-2015 du RSI, novembre 2015*). 6 des 7 indicateurs de la Cnom sur la période 2012-2015, comme le délai de remboursement des feuilles de soins ou le délai de réponse aux assurés, atteignent voire dépassent leurs objectifs et ils sont similaires à ceux de l'assurance maladie des salariés.

[Les 2 réseaux d'organismes conventionnés pour la période 2016-2019](#) (chiffres 2015)

	Organismes mutualistes	Sociétés d'assurances
Nom de l'organe national	Arocmut Association de représentation des organismes conventionnés mutualistes	Roca Réunion des organismes conventionnés assureurs
Nom de l'association loi de 1901 Fonction	Arocmut Organe national interlocuteur du RSI	La Ram (opérée par Apria R.S.A., groupement de moyens des sociétés d'assurance)
Nombre	19	1
Liste des organismes conventionnés du RSI	ADREA Mutuelle Professions Indépendantes AGIR Mutuelles AVENIR SANTE MUTUELLE EOVI Mutuelle UTIM Centre UTIM LR MP GME Santé HARMONIE MUTUELLE MSI MUTUELLE BLEUE MUT'EST Mutuelle de France Plus Mutuelle PREVIFRANCE Mutuelles du Soleil Mutuelle Santé Mutuelle Viasanté UMCAPI OCIANE Union RMPI	La Ram
Ressources humaines dédiées	1 179	1 334
% des 4,6 millions de bénéficiaires maladie du RSI gérés	42,7 %	57,3 %
Montant des prestations versées aux assurés en 2015 (hors versements aux établissements de santé)	2,204 milliards d'€ de prestations versées (artisans – commerçants – professions libérales)	2,6 milliards d'€ de prestations versées (artisans – commerçants – professions libérales)
Nombre de points d'accueil	585	90 (dont 5 dans les Dom)

Plus de 4,6 millions de personnes protégées	
4,8 milliards d'€ de prestations versées par les OC (hors versements aux établissements de santé) dont 151 millions d'€ de prestations maternité et paternité et 228 millions d'€ d'indemnités journalières	
322 000 bénéficiaires de la CMU-Complémentaire (+ 6 %)	34 000 attestations ACS délivrées (+ 7 %)
81 millions de feuilles de soins gérées en 2015 dont : <ul style="list-style-type: none">- 75 millions de feuilles de soin électroniques (FSE)- 6 millions de feuilles de soin papier (FSP)	
Délai de remboursement <ul style="list-style-type: none">- Feuilles de soin électroniques payées avant 7 jours : 97,58 %- Feuilles de soin papier payées avant 8 jours : 94,73 %	

[Pourquoi une Cnom ?](#)

Le code de la sécurité sociale (article [L. 160-17](#)) fixe que :

- les organismes qui bénéficient d'une délégation de gestion concluent une convention avec les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires d'assurance maladie (le RSI est l'organisme chargé de la gestion du régime obligatoire de sécurité sociale pour les travailleurs indépendants) ;
- la convention prévoit les :
 - o objectifs liés à la gestion de l'assurance maladie ;
 - o objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;
 - o remises de gestion accordées par le RSI aux OC en contrepartie de la mise en œuvre des activités déléguées ;
 - o modalités de suivi et d'évaluation des Cnom.

[À propos du Régime social des indépendants](#)

Le RSI assure une mission de service public, la protection sociale obligatoire de 6,8 millions chefs d'entreprise indépendants actifs et retraités (artisans, commerçants et professionnels libéraux) et de leurs ayants droit : assurance maladie-maternité, prévention et action sanitaire et sociale pour tous ; retraite, invalidité-décès et indemnités journalières pour les artisans et commerçants.

Il verse 18 milliards d'euros de prestations à 4,6 millions de bénéficiaires maladie et 2,1 millions de pensionnés.

Il est composé d'une caisse nationale et de 29 caisses régionales dans lesquelles 912 administrateurs élus et 5 180 agents sont au service des assurés.

[À propos de l'Association de représentation des organismes conventionnés mutualistes](#)

Les 19 mutuelles adhérentes à l'Arocmut gèrent pour le compte du RSI le versement des prestations en nature et en espèces pour l'ensemble des travailleurs indépendants – représentant au 31 décembre 2015 : 1 811 979 personnes protégées – le recouvrement des cotisations d'assurance maladie des professionnels libéraux et la délivrance des cartes Vitale.

Arocmut a pour objet de mettre en œuvre tous les moyens propres à faciliter et à développer l'activité des mutuelles gérant le régime obligatoire d'assurance maladie des professions indépendantes.

L'association a également pour vocation la représentation de ses membres et la défense de leurs intérêts.

Elle assure enfin la répartition des dotations de gestion auprès de chacun des organismes conventionnés composant le réseau mutualiste.

[À propos de la Réunion des organismes conventionnés assureurs](#)

La Roca est une association composée des sociétés membres de la Ram (Réunion des assureurs maladie), l'organisme conventionné des assureurs. Elle a pour mission de représenter la Ram auprès des organismes de tutelle. La Ram, partenaire du RSI, gère pour le compte de ce dernier l'assurance maladie des artisans, commerçants et professionnels libéraux, soit 2 429 015 personnes protégées au 31 décembre 2015, sur l'ensemble du territoire français, en métropole et outre-mer. En 2015, cela a représenté 2,6 milliards d'euros de prestations versées et 1,3 milliard d'euros de cotisations maladie recouvrées pour les professions libérales.

Caisse nationale RSI

260-264 avenue du Président Wilson

93457 La Plaine Saint-Denis Cedex

Téléphone assurés (service gratuit + prix de l'appel) : 3648 (prestations) - 3698 (cotisations) - 08 09 40 00 95 (professions libérales)

www.rsi.fr



Santé - Prévoyance - Assurance

SOLUTION PROFESSIONS INDÉPENDANTES[®]

ARTISANS • COMMERÇANTS • PROFESSIONS LIBÉRALES • PROFESSIONS AGRICOLES

PRÉVOYANCE

Bénéficiez
d'une protection
complète

PRÉVOYANCE

100 % de vos revenus garantis
en cas d'arrêt de travail

FRAIS GÉNÉRAUX

12 mois d'indemnisation pour
couvrir vos charges fixes

SANTÉ

4 niveaux de garantie pour une
prise en charge haut de gamme

0 800 71 81 91

Du lundi au vendredi de 9 h à 20 h

*(Appel gratuit depuis un poste fixe,
coût variable selon opérateur depuis un mobile)*

Cette garantie vous couvre pour maintenir le niveau de vie de votre famille en cas de décès, de perte d'autonomie, d'arrêt de travail :

En cas de Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

- Versement d'un **capital décès / PTIA** ou d'un **capital décès réduit assorti d'une rente éducation** : au choix du bénéficiaire
- **Doublement du capital** en cas de décès simultané ou postérieur de votre conjoint dans un délai de 12 mois
- Versement d'une **allocation obsèques** en cas de décès ⁽¹⁾

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail / Invalidité Permanente

- Versement d'**indemnités journalières** éventuellement relayées par une **rente**

Vous maintenez 100 % de vos revenus en cas d'arrêt de travail sous déduction du Régime Obligatoire.

Vous choisissez le niveau de revenu que vous souhaitez garantir dans la limite de 150 % de vos revenus réels.

Vous optez librement pour votre niveau de franchise.

Vous définissez votre base de garantie au plus juste selon votre situation. Elle est exprimée en nombre de Plafond Annuel de la Sécurité Sociale : de 0,5 à 5 PASS ⁽²⁾ en fonction de votre statut.

Vous pouvez compléter votre couverture par 2 options :

- 1 - **Rente de conjoint** : versement d'une **rente viagère** complétée éventuellement par une **rente temporaire**.
- 2 - **Décès / PTIA suite à un accident** : **doublement du capital** ⁽³⁾.

Vos avantages

- ✓ Adhésion sur simple déclaration d'état de santé (voir conditions)
- ✓ Prise d'effet immédiate de votre adhésion après acceptation de votre dossier et paiement de votre première cotisation
- ✓ Pas de délai d'attente
- ✓ Tarif défini à l'adhésion : pas d'augmentation liée à l'âge
- ✓ Tarif spécifique pour les non-fumeurs
- ✓ Garantie et prestations revalorisées chaque année
- ✓ Garantie éligible à la Loi Madelin (sauf professions agricoles)

(1) Membre participant, conjoint, enfant(s).

(2) Montant PASS en 2014 : 37 548 €.

(3) Le décès ou la PTIA doit survenir dans un délai maximum de 12 mois suivant l'accident et avant les 70 ans de l'adhérent

FRAIS GÉNÉRAUX

Cette garantie couvre toutes les charges fixes liées à l'exercice de votre activité et qui continuent de courir quand vous êtes en arrêt de travail :

- Vos loyers et charges des locaux professionnels
- Vos dépenses d'eau, de gaz, d'électricité, de chauffage, d'assurances professionnelles
- Vos taxes et impôts professionnels
- Vos coûts de locations de matériel et mobilier (y compris crédit-bail)
- Vos charges sociales personnelles obligatoires

Vous bénéficiez :

- D'une prise en charge de vos frais généraux en cas d'arrêt de travail **jusqu'à 120 000 € par an***.
- D'une couverture pendant **12 mois d'indemnisation maximum****.

Vos avantages

- ✓ Possibilité de souscrire ultérieurement à votre adhésion à la prévoyance
- ✓ Pas de formalité médicale en cas de souscription simultanée à la garantie prévoyance
- ✓ Tarif unique quel que soit l'âge, avec tarif préférentiel jusqu'à 40 ans
- ✓ Tarif spécifique pour les non-fumeurs
- ✓ Professions agricoles : couverture de la rémunération du personnel intérimaire

* En fonction de votre profession et par tranche de 100 €.

** Délai de carence de 90 jours en cas de maladie.

SANTÉ

Cette garantie prend en charge le remboursement complémentaire de vos frais médicaux et chirurgicaux, pour vous et vos bénéficiaires :

- Le remboursement intégral aux frais réels de vos dépenses d'hospitalisation pour vos frais de séjour et honoraires en secteur conventionné
- Aucune limite de durée pour le forfait journalier en cas d'hospitalisation
- En optique, le report de vos prestations non consommées⁽¹⁾
- Un plafond élevé en dentaire pour vos remboursements

Vous bénéficiez :

- D'une protection haut de gamme.
- De l'accès à des services associés : **tiers payant étendu, garantie assistance, protection juridique...**

Vos avantages

- ✓ 4 niveaux de garantie au choix
- ✓ Pas de formalité médicale
- ✓ Aucun délai d'attente
- ✓ Tarif régionalisé et compétitif
- ✓ Accessible à votre conjoint(e) et vos enfants
- ✓ Garantie éligible à la Loi Madelin (sauf professions agricoles)

Ces deux garanties, Frais Généraux et Santé, ne peuvent être souscrites qu'en complément de la garantie Prévoyance.

(1) Selon conditions contractuelles

Décès /PTIA toutes causes	En % de la base des garanties
A - Formule en capital (au choix du bénéficiaire au moment du décès)	
<ul style="list-style-type: none"> Capital Décès/P.T.I.A. toutes causes Marié, concubin*, pacsé, célibataire, veuf, divorcé, séparé, sans enfant à charge 	300 %
Membre participant avec enfant à charge	400 %
Majoration par enfant à charge supplémentaire (maximum 5 enfants)	100 %
<ul style="list-style-type: none"> Double effet (en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint dans un délai de 12 mois) 	100 % du capital décès toutes causes (Formule A)
<ul style="list-style-type: none"> Allocation obsèques (Membre participant, conjoint, enfants) 	100% du PMSS**
B - Formule capital décès + rente éducation (au choix du bénéficiaire au moment du décès)	
<ul style="list-style-type: none"> Capital décès, quelle que soit la situation de famille 	200 %
<ul style="list-style-type: none"> Rente éducation par enfant à charge - Si le nombre d'enfants à charge est < à 3 	
De 0 à 10 ans	15 %
De 11 à 18 ans	20 %
De 19 à 26 ans (si études) – y compris pour enfant handicapé	25 %
- Si le nombre d'enfant(s) à charge est ≥ à 3	60 %/N***
<ul style="list-style-type: none"> Double effet (en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint dans un délai de 12 mois) 	100 % du capital décès toutes causes (Formule A)
<ul style="list-style-type: none"> Allocation obsèques (Membre participant, conjoint, enfants) 	100 % du PMSS
Option Décès/PTIA par accident	100 % du capital décès toutes causes (Formule A)
Option rente de conjoint	rente viagère : 1,00 % (65 - x) (rente mini 5 %) rente temporaire : 0,5 % (x - 25) (x = âge au décès)

* Si le concubin est nominativement désigné comme bénéficiaire du capital décès.

** PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

*** N = nombre d'enfant(s) à charge du membre participant au cours de chaque période de versement de rente.

Niveau d'Incapacité Temporaire Totale/Invalidité Permanente	Niveau des prestations (en % de la base des garanties sous déduction du RO*)
Incapacité Temporaire Totale de Travail	100 %
Invalidité Permanente Totale (N** ≥ 66 %)	100 %
Invalidité Permanente Partielle (33 % ≤ N** < 66 %) Réduction de la rente totale dans la proportion de :	N**/66 ^e

* RO : Régime Obligatoire

** N : correspond au taux d'invalidité.

Option disponible à la souscription pour les membres participant atteignant l'âge de 65 ans	
Option Incapacité Temporaire Totale de travail à 65 ans	50 %

Base de garantie	
Artisans, commerçants en gérance majoritaire et professions libérales	Indemnisation de 3 000 € à 120 000 € / an, par tranche de 100 €
Artisans, commerçants en nom propre et professions agricoles	Indemnisation de 3 000 € à 90 000 € / an, par tranche de 100 €

Frais pris en charge	Niveau 200	Niveau 300	Niveau 400	Niveau 500
HOSPITALISATION MÉDICALE/CHIRURGICALE/À DOMICILE ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS				
• Frais de séjour et honoraires en secteur conventionné	Frais Réels*	Frais Réels*	Frais Réels*	Frais Réels*
• Frais de séjour et honoraires en secteur non conventionné	200 % BRSS**	300 % BRSS	400 % BRSS	500 % BRSS
• Chambre particulière en secteur non conventionné (maxi 90 jours en établissements spécialisés)	60 €/jour	80 €/jour	100 €/jour	120 €/jour
• Séjour accompagnant (sans limite d'âge)	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour
• Forfait hospitalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
MATERNITÉ				
• Plafond de remboursement doublé en cas de naissance gémellaire	300 €	450 €	600 €	750 €
SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS À L'ÉTRANGER (pris en charge par le régime de base)				
FRAIS MÉDICAUX COURANTS				
• Consultations et visites	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	500 % BRSS
• Actes techniques médicaux, actes d'obstétrique				
• Actes d'anesthésie, actes de chirurgie				
• Actes d'imagerie et d'échographie				
• Analyses, auxiliaires médicaux, transports				
• Actes d'ostéopathe, étiothérapeute, pédicure, podologue, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, non pris en charge par le régime de base (5 séances/an et par bénéficiaire, toutes spécialités confondues)	30 € par séance	40 € par séance	50 € par séance	60 € par séance
PHARMACIE				
• Pharmacie remboursée par le régime de base	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
• Pharmacie prescrite mais non prise en charge par le régime de base : médicaments, contraceptifs, préparations pharmaceutiques, traitement du paludisme. La parapharmacie est exclue.	50 % des frais réels dans la limite de :			
• Automédication : antalgiques et traitement troubles gastro-intestinaux.	30 €/an	40 €/an	50 €/an	60 €/an
DENTAIRE				
• Soins	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	500 % BRSS
• Prothèses et orthodontie remboursées par le régime de base	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	500 % BRSS
• Prothèses et orthodontie non remboursées par le régime de base	400 €/an	600 €/an	800 €/an	1 000 €/an
• Parodontologie et implantologie	400 €/an	600 €/an	800 €/an	1 000 €/an
• Plafond de remboursement par bénéficiaire pour l'ensemble du poste dentaire, hors soins	4 000 €/an	4 000 €/an	4 000 €/an	4 000 €/an
OPTIQUE				
• Verres, monture, lentilles prescrites remboursées ou non prises en charge par le régime de base y compris lentilles jetables, chirurgie réfractive :				
- montant de base	200 €/an	300 €/an	400 €/an	500 €/an
- si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente	300 €/an	450 €/an	600 €/an	750 €/an
- si aucun remboursement n'est intervenu les 2 années précédentes	400 €/an	600 €/an	800 €/an	1 000 €/an
PROTHÈSES MÉDICALES				
• Orthopédie, prothèses médicales	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	500 % BRSS
• Prothèses auditives	400 €	600 €	800 €	1 000 €
CURES THERMALES (acceptées par le régime de base)				
	400 €	600 €	800 €	1 000 €
PRÉVENTION				
• Actes remboursés par le régime de base (vaccins remboursés, scellement de sillons...)	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	500 % BRSS
• Actes non pris en charge par le régime de base :				
- vaccins non pris en charge par le régime de base	30 €/an	40 €/an	50 €/an	60 €/an
- ostéodensitométrie non prise en charge, amniocentèse				
- sevrage tabagique (patch, acupuncture, laserthérapie)				
SERVICES				
• Tiers payant et remboursements automatisés (télétransmission)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Assistance Plus (se reporter à la notice Assistance Plus)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Protection juridique Santé (se reporter à la notice Protection Juridique Santé)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Exonération des cotisations en cas de décès accidentel	Oui	Oui	Oui	Oui
• Participation aux actions de préventions santé***	Oui	Oui	Oui	Oui

69 FPA002 - 07/2014 - Document non contractuel - Détail des conditions disponibles dans les notices d'information contractuelles.

* Hors franchise et dans le respect du parcours de soins. ** BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

*** Les actions de prévention sont proposées grâce aux cotisations d'association. Pour plus d'informations, se renseigner sur www.alptis.org**MUTUELLE BLEUE**

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIREN sous le n° 775 671 993.

Siège social : 68, rue du Rocher - CS 60075 - 75396 PARIS CEDEX 08

Tokio Marine Europe Insurance Limited

Société Anonyme de droit anglais au capital de £ 35 000 000, dont le siège social est établi 60 Gracechurch Street, London, EC3V 0HR, n° Company Registration House 989421 - Succursale en France : 66, rue de la Chaussée d'Antin - 75441 PARIS CEDEX 09, RCS Paris B 382 096 071, entreprise agréée et contrôlée par l'Autorité des services financiers du Royaume-Uni (Financial Service Authority - FSA)

**ALPTIS ASSURANCES**

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 23 76 • Email : demande.adhesion@alptis.fr • Internet : www.alptis.orgSociété par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - N° TVA : FR 37 335 244 489

Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances