

8 janvier 2020

Cour d'appel d'Aix-en-Provence

RG n° 17/16285

Chambre 4-8

Texte de la décision

Entête

COUR D'APPEL D'AIX-EN-PROVENCE

Chambre 4-8

ARRÊT AU FOND

DU 08 JANVIER 2020

N°2020/

Rôle N° RG 17/16285 - N° Portalis DBVB-V-B7B-BBD7K

URSSAF

C/

Société CENTRE DE NEPHROLOGIE [5]

MNC - MISSION NATIONALE DE CONTROLE ET D'AUDIT DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE

Copie exécutoire délivrée

le :

à :

URSSAF

Me Stéphane EYDELY, avocat au barreau de BORDEAUX

Décision déferée à la Cour :

Jugement du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale du VAR en date du 26 Juin 2017, enregistré au répertoire général sous le n° 170106.

APPELANTE

URSSAF, demeurant [Adresse 2] - [Localité 1]

représentée par Mme [T] [Z] (Autre) en vertu d'un pouvoir spécial

INTIMEES

Société CENTRE DE NEPHROLOGIE [5], demeurant Polyclinique [5] - Quiez - [Localité 4]

représentée par Me Stéphane EYDELY, avocat au barreau de BORDEAUX substitué par Me Guillaume DANAYS, avocat au barreau d'AIX-EN-PROVENCE

MNC - MISSION NATIONALE DE CONTROLE ET D'AUDIT DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE, demeurant Antenne de [Localité 6] - [Adresse 3] - [Localité 7] [Localité 7] CEDEX 08

non comparant

*_*_*_*_*

COMPOSITION DE LA COUR

En application des dispositions de l'article 945-1 du code de procédure civile, l'affaire a été débattue le 13 Novembre 2019, en audience publique, les parties ne s'y étant pas opposées, devant Madame Florence DELORD, Conseiller, chargé d'instruire l'affaire.

Ce magistrat a rendu compte des plaidoiries dans le délibéré de la Cour composée de :

Monsieur Yves ROUQUETTE-DUGARET, Président de chambre

Madame Florence DELORD, Conseiller

Madame Marie-Pierre SAINTE, Conseiller

Greffier lors des débats : Mme Nadège LAVIGNASSE.

Les parties ont été avisées que le prononcé de la décision aurait lieu par mise à disposition au greffe le 08 Janvier 2020.

ARRÊT

Contradictoire,

Prononcé par mise à disposition au greffe le 08 Janvier 2020

Signé par Monsieur Yves ROUQUETTE-DUGARET, Président de chambre et Mme Cyrielle GOUNAUD, greffier auquel la minute de la décision a été remise par le magistrat signataire.

Exposé du litige

Courant novembre 2014, l'Urssaf a procédé au contrôle de l'application des législations de sécurité sociale par la SAS Centre de Néphrologie [5] (de la Polyclinique [5]), contrôle clôturé par une lettre d'observations du 25 novembre 2014 suivie de la notification d'une mise en demeure du 4 février 2015 pour la somme de 21189 euros, dont 18924 euros de cotisations, qui a été contestée par la société contrôlée devant la commission de recours amiable (décision du 27 novembre 2015), puis devant le tribunal des affaires de sécurité sociale du Var.

Par jugement du 26 juin 2017, le tribunal a annulé les points 1 et 2 du redressement portant sur la CSG-CRDS et sur le forfait social au titre des années 2012 et 2013, et a maintenu le redressement sur le point 4 portant sur les allocations complémentaires aux indemnités journalières de la sécurité sociale.

L'Urssaf a fait appel de ce jugement en ses dispositions ayant annulé le redressement.

Moyens

Par ses dernières conclusions développées à l'audience de plaidoirie du 13 novembre 2019, l'Urssaf a demandé à la Cour d'infirmier le jugement en ce qu'il a annulé les points 1 et 2 du redressement, de valider l'ensemble du redressement contesté et de condamner la SAS Centre de Néphrologie [5] à lui payer la somme restant due de 2267 euros de majorations de retard et la somme de 2000 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

Par ses dernières conclusions développées à l'audience, la SAS Centre de Néphrologie [5] a demandé à la Cour de confirmer le jugement sauf concernant le forfait social de l'année 2012, d'annuler les points 1, 2 et 4 du redressement, de débouter l'appelante de toutes ses demandes et de la condamner à lui payer la somme de 3000 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

Motivation

MOTIFS DE LA DECISION

Concernant le point 1 : CSG-CRDS/financement prévoyance (2746 euros)

Au moment du contrôle, l'inspecteur de l'Urssaf qui disposait des contrats de prévoyance (mention faite dans la lettre d'observations) a constaté que l'employeur avait exclu de la CSG-CRDS la totalité du financement du maintien de salaire, alors que, selon lui, seule la partie correspondant à son obligation légale de maintien de salaire résultant de la loi de

mensualisation du 19 janvier 1978 pouvait l'être.

Il aurait demandé à l'employeur une attestation de l'organisme de prévoyance faisant apparaître « la décomposition précise du taux de cotisation », mais ne l'aurait pas obtenue.

Il avait alors procédé au redressement sur la totalité du financement du maintien de salaire, en se fondant sur l'article L136-2 II 4° du code de la sécurité sociale renvoyant à l'article L242-1 du même code.

Devant la Cour, pour justifier le redressement, l'Urssaf a maintenu que la seule partie susceptible d'être exonérée des CSG-CRDS devait correspondre à la période de l'obligation légale du maintien de salaire, et que la partie qui allait au-delà de cette période devait être soumise aux CSG-CRDS car il s'agissait du financement de la garantie supplémentaire.

Son inspecteur n'ayant pas été en mesure de faire la distinction entre « d'une part la période pendant laquelle l'employeur est tenu de maintenir le salaire en application de la loi sur la mensualisation et d'autre part au-delà de cette période », le redressement était donc justifié.

Le Centre de Néphrologie [5] a fait valoir que les cotisations versées au régime de prévoyance avaient pour but d'assumer son obligation légale et conventionnelle de maintien de salaire et qu'à ce titre elles étaient exonérées de CSG-CRDS, comme le prévoyaient les articles L136-2 II 4° et L242-1 du code de la sécurité sociale.

Il résulte des articles L1226-1 et D1226-1 et suivants du code du travail (en vigueur à partir du 1er juin 2008 suite à l'abrogation de la loi 78-49 du 19 janvier 1978 par l'article 12-11° de l'ordonnance 2007-329 du 12 mars 2007) que tout salarié ayant une année d'ancienneté dans l'entreprise, qui se trouve dans l'incapacité de travailler en raison d'une maladie ou d'un accident (non professionnels) bénéficie d'une indemnité complémentaire à l'allocation journalière prévue à l'article L321-1 du code de la sécurité sociale, puisque celle-ci ne lui garantit pas la totalité de ses salaires.

Il résulte des dispositions combinées des articles L242-1 alinéa 6 en vigueur à partir de 2011 et L911-1 du code de la sécurité sociale que les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit par les organismes régis par les titres III et IV du livre IX (les institutions de prévoyance) sont exclues de l'assiette des cotisations, lorsque ces garanties sont déterminées, notamment par voie de conventions ou d'accords collectifs, qu'elles revêtent un caractère obligatoire et qu'elles bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés, comme en l'espèce.

Le Centre de Néphrologie entre dans le champ d'application de la Convention collective nationale de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002, qui prévoit, notamment en son article 84 une « Garantie de ressources en cas d'incapacité temporaire de travail : et invalidité permanente-décès » : « Il est institué un régime de prévoyance collective obligatoire couvrant les risques incapacité-invalidité et décès applicable à tous les salariés non cadres et cadres, sans condition d'ancienneté, (...) ».

Chaque arrêt de travail pour maladie doit être indemnisé à l'issue d'un délai de carence de 3 jours pour les salariés non cadres, sans délai de carence pour les cadres, pendant 90 jours consécutifs ou non par année civile dans la limite de 100 % de la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié s'il avait travaillé pendant la période d'incapacité de travail, et, au-delà de 90 jours, à hauteur de 80 % de la rémunération brute pendant toute la durée de l'indemnisation par la sécurité sociale.

Le 30 septembre 2010, la société Centre de Néphrologie a conclu, par l'intermédiaire du Groupe Malakoff Médéric, deux contrats (cadres / non-cadres) pour garantir les ressources de ses salariés en application de l'article 84 précité, et qui prévoyaient que ses salariés percevront 100 % de la rémunération nette qu'ils auraient perçue s'ils avaient travaillé pendant la période d'incapacité de travail et pendant toute la durée de l'indemnisation de la sécurité sociale, sous réserve d'une franchise de 90 jours pour les cadres.

Pour chaque prestation garantie, les taux de cotisations étaient fixés par tranche de salaires et par catégorie de salariés (cadres/non-cadres).

La Cour rappelle que les primes versées à un organisme assureur (sociétés d'assurances, institutions de prévoyance ou mutuelles) pour financer le maintien du salaire dû par l'employeur au titre d'une obligation légale ou conventionnelle de maintien de salaire en cas de maladie ou d'accident des salariés ne sont pas considérées comme finançant une opération de prévoyance complémentaire.

Les institutions de prévoyance sont des sociétés de droit privé, à but non lucratif, qui gèrent des contrats collectifs d'assurance de personnes couvrant les risques de maladie, incapacité de travail, invalidité, dépendance et décès.

Les pièces du dossier permettent de constater que les prestations garanties par les contrats conclus avec l'institution de prévoyance ne vont pas au-delà du minimum fixé par le code du travail ou par la convention collective nationale.

En ce cas, les primes versées par l'employeur ne peuvent pas être considérées comme finançant une opération de prévoyance complémentaire.

Les seules limites à la garantie de maintien de salaire sont la durée d'indemnisation par la sécurité sociale et le montant des ressources, qui doit correspondre à la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié s'il avait travaillé.

Ces conditions sont réunies dans le cas d'espèce.

Par application des textes susvisés du code de la sécurité sociale, les primes et/ou contributions destinées au financement du maintien de salaires dans le cadre d'un régime de prévoyance, collectif et rendu obligatoire par la convention collective, n'ont pas à être assujetties à cotisations sociales, ni, à plus forte raison, aux contributions dites CSG-CRDS.

D'après les documents contractuels communiqués devant la Cour les taux de cotisations mentionnés ne servaient qu'au calcul des cotisations « incapacité », par tranche de salaires et par catégorie de salariés et non pas à la répartition entre les périodes d'indemnisation, comme l'avait considéré le tribunal.

Le motif retenu en première instance devient donc inopérant.

La Cour, par motifs substitués à ceux du tribunal, confirme le jugement sur ce premier point.

Concernant le point 2 : forfait social /financement prévoyance (2746 euros)

Ce point du redressement concerne le forfait social applicable, à partir du 1^{er} janvier 2012, sur les contributions de l'employeur au financement du régime de prévoyance sauf s'il s'agit de maintenir le salaire en cas d'arrêt de travail par application d'une convention collective.

Il résulte des textes susvisés du code du travail que les primes et/ou contributions destinées au financement du régime de prévoyance, collectif et rendu obligatoire par la convention collective, n'ont pas à être assujetties à la taxe dite « forfait social ».

L'annulation qui vient d'être décidée du premier chef du redressement relatif aux contributions versées par l'employeur en vue d'assumer l'obligation de maintenir les salaires en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident telle qu'elle résultait de la convention collective précitée entraîne l'annulation de ce deuxième chef du redressement.

Le jugement est confirmé sur ce point.

Concernant le point 4 : cotisations / allocations complémentaires aux IJ (12927 euros)

L'Urssaf a fait valoir que la clinique avait pris en charge 100% des contributions au régime de prévoyance mais n'avait intégré dans l'assiette des cotisations sociales que la part de 60% prévue par la convention collective.

La Convention collective nationale de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002 a prévu en ses articles 85-2 et 85-3 que :

Article 85.2 : « Cotisations des non-cadres

Les cotisations aux régimes de prévoyance prévues au présent titre sont réparties à raison de 60 % à la charge de l'employeur et 40 % à la charge du salarié, sans que la cotisation salariale puisse dépasser 0,96 % sur la tranche A et la tranche B pour un total de cotisations de 2,40 % sur la tranche A et la tranche B. »

Article 85.3 : « Cotisations des cadres

Les cotisations aux régimes de prévoyance prévues au présent titre sont réparties à raison de 60 % à la charge de l'employeur et 40 % à la charge du salarié, sans que la cotisation salariale puisse dépasser 1,16 % sur la tranche A et 2,06 % sur la tranche B pour un total de cotisations de 2,90 % sur la tranche A et 5,16 % sur la tranche B. La répartition des cotisations des cadres devra respecter, en ce qui concerne la tranche A des salaires, les dispositions de la convention collective du 14 mars 1947. ».

L'inspecteur de l'Urssaf qui avait à sa disposition la convention collective, les bulletins de paie et le Livre de paie (voir la lettre d'observations), n'a pas pris la peine de vérifier si les taux mentionnés ci-dessus étaient ou non atteints, alors qu'un dépassement aurait justifié le report d'une partie de la cotisation salariale sur l'employeur, la portant donc à plus de 60%.

Il résulte des articles L1226-1 et D1226-1 et suivants du code du travail (en vigueur à partir du 1er juin 2008 suite à l'abrogation de la loi 78-49 du 19 janvier 1978 par l'article 12-11° de l'ordonnance 2007-329 du 12 mars 2007) que tout salarié ayant une année d'ancienneté dans l'entreprise, qui se trouve dans l'incapacité de travailler en raison d'une maladie ou d'un accident (non professionnels) bénéficie d'une indemnité complémentaire à l'allocation journalière prévue à l'article L321-1 du code de la sécurité sociale; pendant les trente premiers jours, il a droit à 90 % de la rémunération brute qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler ; pendant les trente jours suivants, il a droit aux deux tiers de cette même rémunération ; la durée d'indemnisation est augmentée de dix jours par période entière de cinq ans d'ancienneté, sans que chaque période puisse dépasser quatre-vingt-dix jours.

Les indemnités journalières de la sécurité sociale et les allocations des régimes complémentaires de prévoyance résultant des contrats conclus par l'employeur sont déduites de cette indemnité légale.

Le code du travail n'impose donc aucune répartition entre employeur et salariés, ce que l'Urssaf, même devant la Cour, ne pouvait pas ignorer.

En conséquence, la Cour considère inopérant et infondé l'argument selon lequel si le régime de prévoyance est plus favorable, il se substitue à la loi sur la mensualisation, et que, dans le cas contraire, « la totalité des allocations complémentaires devra être soumise à cotisations de sécurité sociale ».

Enfin, l'agent de l'Urssaf a considéré que « l'examen des documents de paie fait apparaître que l'obligation de maintien de salaire est financé exclusivement par l'employeur au lieu d'un financement mixte 60% employeur et 40% à la charge du salarié ».

La société a affirmé que, pour certains salariés, la participation de l'employeur avait bien été conforme à la convention collective et elle a produit, pour étayer cette affirmation, les bulletins de salaires de six salariés datant de 2011 (année non critiquée), 2012 et 2013 (pièces 6 à 11).

L'année 2011 n'ayant pas été critiquée par l'agent contrôleur, la société a entendu se prévaloir d'un accord tacite, par extension de l'article R243-59 alinéa 9 du code de la sécurité sociale, à tout le moins d'une validation de la pratique suivie en 2011 qui rend incompréhensible le redressement qui n'affectait que 2012 et 2013.

Concernant l'année 2011, l'Urssaf a contesté l'application de l'article R243-59 précité et n'a fait aucun commentaire supplémentaire, après avoir fait valoir, en première instance, que l'année 2011 aurait été prescrite ; cet argument était peu sérieux puisque le contrôle avait été réalisé courant novembre 2014.

Devant la Cour, l'Urssaf n'a pas commenté les pièces 6 à 11 qui viennent contredire les constatations de son inspecteur.

L'absence de redressement pour l'année 2011 pourrait s'interpréter comme une validation de la pratique suivie en 2011 qui rendrait alors incompréhensible voire même infondé le redressement pour 2012 et 2013.

Ce point qui n'a pas été sérieusement expliqué par l'Urssaf, ni au moment du contrôle ni devant la Cour constituée, à tout le moins, une négligence caractérisée de l'agent contrôleur, à moins qu'aucun salarié n'ait été en arrêt de travail pour maladie en 2011.

Pour le surplus, la Cour rappelle que les constatations de l'Urssaf ne font foi que jusqu'à preuve du contraire.

La preuve a été rapportée que les éléments de fait ayant servi de base au redressement appliqué sur la totalité des allocations versées aux salariés étaient erronés.

La lettre d'observations prend pour base de calcul la somme de 10706 euros pour 2012 et la somme de 12787 euros pour 2013, sans autre précision, notamment quant au nombre et à catégorie des salariés concernés.

La Cour rappelle que l'Urssaf doit donner suffisamment d'éléments pour permettre au cotisant mais également à la juridiction de sécurité sociale saisie d'une contestation, de comprendre les bases du redressement.

En dépit des réserves écrites de la société Centre de Néphrologie [5], l'Urssaf, qui est pourtant appelante, n'a présenté aucune démonstration précise dans ses conclusions pour justifier cette partie du redressement qu'elle entend maintenir, se contentant de contester l'application de la notion d'« accord tacite » prévu par l'article R243-59 précité.

En conséquence, la Cour infirme le jugement sur ce point et annule ce chef de redressement.

En conséquence :

Le montant des cotisations annulées s'établit donc à $(2746+2746+12927=)$ 18419 euros.

La Cour annule le montant des cotisations notifiées par la mise en demeure du 19 octobre 2015 en ramenant la somme due, au principal, à $(18924-18419 =)$ 505 euros.

L'Urssaf ayant reconnu que la clinique avait réglé les cotisations soit 18924 euros pour arrêter le cours des majorations de retard, l'Urssaf devra lui rembourser le solde soit $(18924-505=)$ 18419 euros et procéder à un nouveau calcul des majorations de retard.

Dispositif

PAR CES MOTIFS

La Cour statuant par arrêt contradictoire,

Confirme le jugement du tribunal des affaires de sécurité sociale du Var du 30 mars 2018 en ce que le tribunal a annulé les points 1 et 2 de la lettre d'observations du 25 novembre 2014 et du redressement subséquent,

L'infirme pour le surplus,

Et, statuant à nouveau :

Annule le point 4 de la lettre d'observations du 25 novembre 2014 et du redressement subséquent,

En conséquence, annule partiellement la mise en demeure du 4 février 2015,

Ordonne la réduction des cotisations mentionnées sur la mise en demeure du 4 février 2015, soit :

- pour 2012 : $(8622 - 8333) = 289$ euros

- pour 2013 : $(10302 - 10081) = 221$ euros

total : 510 euros

Dit que l'Urssaf devra procéder à un nouveau calcul des majorations de retard année par année, sur ces nouvelles bases,

Condamne l'Urssaf à rembourser à la SAS Centre de Néphrologie [5] la somme de 18419 euros de cotisations non dues de la période contrôlée,

Condamne l'Urssaf à payer à la SAS Centre de Néphrologie [5] la somme de 3000 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile,

Déboute l'Urssaf du surplus de ses demandes,

Condamne l'Urssaf aux dépens exposés depuis le 1er janvier 2019, en application des articles 695 et 696 du code de procédure civile.

LE GREFFIERLE PRESIDENT

Décision de la Cour de cassation

Cour de cassation Deuxième chambre civile 12 mai 2022

VOIR LA DÉCISION ➤

Les dates clés

- Cour de cassation Deuxième chambre civile 12-05-2022
- Cour d'appel d'Aix-en-Provence 14 08-01-2020