

CIV. 2

LM

COUR DE CASSATION

---

Audience publique du 12 mai 2022

Cassation partielle

M. PIREYRE, président

Arrêt n° 468 F-B

Pourvoi n° R 20-14.607

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

---

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

---

ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION, DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE, DU 12 MAI 2022

L'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) de Provence-Alpes-Côte d'Azur, dont le siège est [Adresse 2], a formé le pourvoi n° R 20-14.607 contre l'arrêt rendu le 8 janvier 2020 par la cour d'appel d'Aix-en-Provence (chambre 4-8), dans le litige l'opposant :

1°/ à la société Centre de néphrologie Les Fleurs, société par actions simplifiée, dont le siège est [Adresse 3],

2°/ au ministre chargé de la sécurité sociale, domicilié [Adresse 1],

défendeurs à la cassation.

La demanderesse invoque, à l'appui de son pourvoi, les trois moyens de cassation annexés au présent arrêt.

Le dossier a été communiqué au procureur général.

Sur le rapport de M. Rovinski, conseiller, les observations de la SCP Gatineau, Fattaccini et Rebeyrol, avocat de l'URSSAF de Provence-Alpes-Côte d'Azur, de la SCP Bouzidi et Bouhanna, avocat de la société Centre de néphrologie Les Fleurs, et l'avis de M. Halem, avocat général référendaire, après débats en l'audience publique du 22 mars 2022 où étaient présents M. Pireyre, président, M. Rovinski, conseiller rapporteur, Mme Taillandier-Thomas, conseiller doyen, et Mme Aubagna, greffier de chambre,

la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, composée des président et conseillers précités, après en avoir délibéré conformément à la loi, a rendu le présent arrêt.

#### Désistement partiel

1. Il est donné acte à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Provence-Alpes-Côte d'Azur (l'URSSAF) du désistement de son pourvoi en ce qu'il est dirigé contre le ministre chargé de la sécurité sociale.

#### Faits et procédure

2. Selon l'arrêt attaqué (Aix-en-Provence, 8 janvier 2020), à la suite d'un contrôle portant sur les années 2011 à 2013, l'URSSAF a notifié à la société Centre de néphrologie Les Fleurs (la société) un redressement portant notamment sur la réintégration, dans l'assiette de la contribution sociale généralisée (CSG), de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et du forfait social, des sommes versées au titre du régime de prévoyance complémentaire pour le financement du maintien des salaires.

3. La société a saisi d'un recours une juridiction de sécurité sociale.

#### Examen des moyens

Sur le troisième moyen, ci-après annexé

4. En application de l'article 1014, alinéa 2, du code de procédure civile, il n'y a pas lieu de statuer par une décision spécialement motivée sur ce moyen qui n'est manifestement pas de nature à entraîner la cassation.

#### Mais sur premier moyen

#### Enoncé du moyen

5. L'URSSAF fait grief à l'arrêt de prononcer la nullité du redressement pris en son point n° 1 portant sur la CSG-CRDS sur la part patronale des sommes versées au titre du régime de prévoyance complémentaire, alors :

« 1°/ que seules les contributions patronales versées en vue d'assumer l'obligation de maintenir le salaire en cas d'arrêt de travail sur une durée déterminée, lorsque cette obligation résulte de la loi de mensualisation ou d'une disposition d'un accord collectif ayant le même objet, sont exonérées de la CSG-CRDS ; qu'en revanche, ne constituant pas une obligation personnelle de l'employeur, les contributions patronales finançant des allocations complémentaires aux indemnités journalières, hors le cadre du maintien de salaire, mais en vertu d'un régime de prévoyance institué par accord collectif, entrent dans le champ d'application desdites contributions ; qu'en l'espèce, la cour d'appel a constaté que la convention collective de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002, en son article 84, institue un régime de prévoyance collective obligatoire couvrant, notamment, le risque incapacité temporaire de travail, lequel régime de prévoyance envisage une indemnisation complémentaire aux indemnités journalières ; que, de fait, les termes clairs et

précis de cette convention excluent qu'un tel système procède d'une simple extension de l'obligation légale de maintien de salaire ; que le redressement décidé par l'URSSAF procédait précisément de cette distinction de l'obligation légale de maintien de salaire et du système de prévoyance institué par la norme conventionnelle, l'inspecteur ayant reproché à la société contrôlée de ne pas préciser la partie de la contribution versée à l'assureur correspondant à une externalisation facultative de son obligation légale de maintien de salaire pour la distinguer de la partie de cette contribution correspondant au financement du système de prévoyance instituée par la convention collective ; qu'en occultant cependant cette distinction et en procédant d'emblée à une mise en perspective des garanties offertes par le contrat d'assurance souscrit et de celles instituées par voie conventionnelle comme s'il était acquis que la norme conventionnelle instituait une simple obligation personnelle de maintien de salaire poursuivant celle instituée par la loi, la cour d'appel qui n'a pas tiré les conséquences légales de ses constatations a violé les articles L. 136-2, II, 4°, et L. 242-1 du code de la sécurité sociale, 14.I de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996, et les articles 84 et 85.1 de la convention collective de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002 ;

2°/ que la cour d'appel a expressément constaté que le contrat de prévoyance litigieux ne prévoyait aucune limite, en fonction de la durée de l'incapacité du salarié, au maintien de salaire ; qu'en affirmant que le contrat litigieux n'était qu'une modalité de maintien du salaire ne permettant pas d'aller au-delà du minimum fixé par le code du travail ou la convention collective, la cour d'appel n'a pas tiré les conséquences légales de ses propres constatations et violé l'article 1134 devenu 1103 et 1104 du code civil et les articles 84 et 85.1 de la convention collective de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002. »

#### Réponse de la Cour

Vu les articles L. 136-2, II, 4°, et L. 242-1 du code de la sécurité sociale, 14.1 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996, dans leur rédaction applicable au litige, et les articles 84 et 85.1 de la convention collective de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002 :

6. Selon les premier et troisième de ces textes, sont incluses dans l'assiette de la contribution sur les revenus d'activité et de remplacement perçue au titre de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance, à l'exception de celles visées au cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et de celles destinées au financement des régimes de retraite visés au I de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale.

7. Pour décider que les sommes versées par l'employeur, au titre de la contribution patronale de prévoyance complémentaire, n'étaient pas assujetties à la CSG et à la CRDS, l'arrêt relève que la clinique entrainait 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, applicable à tous les salariés non-cadres et cadres, sans condition d'ancienneté, chaque arrêt de travail pour maladie devant 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.

8. L'arrêt ajoute que la clinique a conclu deux contrats (cadres / non-cadres) pour garantir les ressources de ses salariés en application de l'article 84 précité, prévoyant 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 et que les pièces du dossier permettent de constater que les prestations garanties par ces 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 et que 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.

9. L'arrêt en déduit que les primes versées par l'employeur ne peuvent pas être considérées comme finançant une opération de prévoyance complémentaire.

10. En statuant ainsi, sans distinguer les contributions de l'employeur finançant l'indemnisation des arrêts de travail de ses salariés résultant de son obligation personnelle légale de maintien du salaire prévue par les articles L. 1226-1 et D. 1226-1 du code du travail, exonérées de CSG et de CRDS, et celles finançant les prestations complémentaires de prévoyance, soumises à la CSG et à la CRDS, la cour d'appel a violé les textes susvisés.

Portée et conséquences de la cassation

11. En application de l'article 624 du code de procédure civile, la cassation s'étend à l'ensemble des dispositions de la décision cassée ayant un lien d'indivisibilité ou de dépendance nécessaire.

12. L'arrêt énonce que l'annulation 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 entraîne l'annulation du deuxième chef du redressement concernant le forfait social prévoyance.

13. La cassation du chef du dispositif attaqué par le premier moyen entraîne la cassation par voie de conséquence du chef du dispositif attaqué par le deuxième qui s'y rattache par un lien de dépendance nécessaire.

PAR CES MOTIFS, sans qu'il y ait lieu de statuer sur les autres griefs du pourvoi, la Cour :

CASSE ET ANNULE, sauf en ce qu'il annule le point n° 4 de la lettre d'observations et le redressement s'y rapportant, l'arrêt rendu le 8 janvier 2020, entre les parties, par la cour d'appel d'Aix-en-Provence ;

Remet, sauf sur ces points, l'affaire et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant cet arrêt et les renvoie devant la cour d'appel d'Aix-en-Provence autrement composée ;

Condamne la société Centre de néphrologie Les Fleurs aux dépens ;

En application de l'article 700 du code de procédure civile, rejette la demande formée par la société Centre de néphrologie Les Fleurs et la condamne à payer à l'URSSAF de Provence-Alpes-Côte d'Azur la somme de 1 000 euros ;

Dit que sur les diligences du procureur général près la Cour de cassation, le présent arrêt sera transmis pour être transcrit en marge ou à la suite de l'arrêt partiellement cassé ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, deuxième chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du douze mai deux mille vingt-deux.

MOYENS ANNEXES au présent arrêt

Moyens produits par la SCP Gatineau, Fattaccini et Rebeyrol, avocat aux Conseils, pour l'URSSAF de Provence-Alpes-Côte d'Azur

PREMIER MOYEN DE CASSATION

Il est fait grief à l'arrêt confirmatif attaqué d'avoir prononcé la nullité du redressement pris en son point n° 1 portant sur la CSG-CRDS sur la part patronale des sommes versées au titre du régime de prévoyance complémentaire ;

AUX MOTIFS PROPRES ET SUBSTITUES QUE « 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 faisait 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 L. 136-2 II 4° du code de la sécurité sociale renvoyant à l'article L. 242-1 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 Les Fleurs 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 L. 136-2 II 4° et L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Il résulte des articles L. 1226-1 et D 1226-1 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 L. 321-1 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 L. 242-1 alinéa 6 en vigueur à partir de 2011 et L. 911-1 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 ou 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, 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 et 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 salaire et par catégorie de salariés (cadres/non-cadres). La cour rappelle que les primes versées à un organisme assureur (sociétés d'assurance, 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 des 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 cotisation 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. »

1) ALORS QUE seules les contributions patronales versées en vue d'assumer l'obligation de maintenir le salaire en cas d'arrêt de travail sur une durée déterminée, lorsque cette obligation résulte de la loi de mensualisation ou d'une disposition d'un accord collectif ayant le même objet, sont exonérées de la CSG-CRDS ; qu'en revanche, ne constituant pas une obligation personnelle de l'employeur, les contributions patronales finançant des allocations complémentaires aux indemnités journalières, hors le cadre du maintien de salaire, mais en vertu d'un régime de prévoyance institué par accord collectif, entrent dans le champ d'application desdites contributions ; qu'en l'espèce, la cour d'appel a constaté que la convention collective de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002, en son article 84, institue un régime de prévoyance collective obligatoire couvrant, notamment, le risque incapacité temporaire de travail, lequel régime de prévoyance envisage une indemnisation complémentaire aux indemnités journalières ; que, de fait, les termes clairs et précis de cette convention excluent qu'un tel système procède d'une simple extension de l'obligation légale de maintien de salaire ; que le redressement décidé par l'urssaf paca procédait précisément de cette distinction de l'obligation légale de maintien de salaire et du système de prévoyance institué par la norme conventionnelle, l'inspecteur ayant reproché à la société contrôlée de ne pas préciser la partie de la contribution versée à l'assureur correspondant à une externalisation facultative de son obligation légale de maintien de salaire pour la distinguer de la partie de cette contribution correspondant au financement du système de prévoyance instituée par la convention collective ; qu'en occultant cependant cette distinction et en procédant d'emblée à une mise en perspective des garanties offertes par le contrat d'assurance souscrit et de celles instituées par voie conventionnelle comme s'il était acquis que la norme conventionnelle instituait une simple obligation personnelle de maintien de salaire poursuivant celle instituée par la loi, la cour d'appel qui n'a pas tiré les conséquences légales de ses constatations a violé les articles L. 136-2, II, 4° et L. 242-1 du code de la sécurité sociale, 14.I de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996, et les articles 84 et 85.1 de la convention collective de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002.

2) ALORS QUE la Cour d'appel a expressément constaté que le contrat de prévoyance litigieux ne prévoyait aucune limite, en fonction de la durée de l'incapacité du salarié, au maintien de salaire ; qu'en affirmant que le contrat litigieux n'était qu'une modalité de maintien du salaire ne permettant pas d'aller au-delà du minimum fixé par le code du travail ou la convention collective, la Cour d'appel n'a pas tiré les conséquences légales de ses propres constatations et violé l'article 1134 devenu 1103 et 1104 du Code Civil et les articles 84 et 85.1 de la convention collective de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002.

## DEUXIEME MOYEN DE CASSATION

Il est fait grief à l'arrêt infirmatif attaqué d'avoir annulé le point n° 2 de la lettre d'observations - forfait social sur participation patronale aux régimes de prévoyance - et le redressement s'y rapportant ;

AUX MOTIFS QUE « concernant le point 5 : forfait social/prévoyance (11 330 euros) Ce point du redressement concerne le forfait social applicable, à partir du 1er 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 cinquième chef du redressement. »

ALORS QUE la cassation s'étend à l'ensemble des dispositions du jugement cassé ayant un lien d'indivisibilité ou de dépendance nécessaire ; que, pour annuler le chef n° 2 concernant le forfait social au titre de la prévoyance, la cour d'appel a renvoyé à ses motifs relatifs à la CSG-CRDS ; qu'elle a dès lors établi un lien de dépendance nécessaire entre les deux questions, de sorte que la cassation du chef de dispositif attaqué par le premier moyen justifiera la cassation du

chef de dispositif attaqué par le présent moyen, par application de l'article 624 du code de procédure civile.

### TROISIEME MOYEN DE CASSATION

Il est fait grief à l'arrêt infirmatif attaqué d'avoir annulé le point 4 de la lettre d'observations du 25 novembre 2014 (cotisations/allocations complémentaires aux indemnités journalières) et le redressement s'y rapportant ;

AUX MOTIFS QUE « 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 sa 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, le portant donc à plus de 60%. Il résulte des articles L. 1226-1 et D 1226-1 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 L. 321-1 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 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 R. 243-59 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 R. 243-59 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 d'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 10 706 euros pour 2012 et la somme de 12 787 euros pour 2013, sans autre précision, notamment quant au nombre et à la 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 Les Fleurs, 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 R 243-59 précité. »

1°) ALORS QUE tenu de respecter l'objet du litige, tel que déterminé par les écritures des parties, le juge de la sécurité sociale ne peut, en lieu et place du cotisant contrôlé, mettre en doute la réalité de l'irrégularité constatée ; qu'en l'espèce, ayant pleinement reconnu que la répartition 60%/40% envisagée par la convention collective pour le financement de la prévoyance n'avait pas été respectée sans que cela n'ait été corrigé pour le personnel non-cadre, la société contrôlée n'a pas cherché à justifier cette situation par un report d'une partie de la cotisation salariale sur l'employeur de nature à la porter à plus de 60% notamment en raison d'un dépassement des divers taux mentionnés aux articles 85.2 et 85.3 de la convention ; qu'en relevant d'emblée que l'inspecteur n'avait pas pris la peine de vérifier si ces taux étaient ou non atteints tandis qu'un dépassement de ceux-ci aurait pu justifier le report d'une partie de la cotisation salariale sur celle de l'employeur, portant de ce fait cette dernière à plus de 60%, la cour d'appel, qui a ainsi tenté de justifier la situation déplorée en lieu et place du cotisant contrôlé, a violé les articles 4 et 5 du code de procédure civile ;

2°) ALORS QUE tenu de respecter lui-même le principe du contradictoire, le juge du fond ne peut soulever d'office un moyen sans inviter les parties à présenter leurs observations ; qu'en l'espèce, ayant pleinement reconnu que la répartition 60%/40% envisagée par la convention collective pour le financement de la prévoyance n'avait pas été respectée, sans que cela n'ait été corrigé pour le personnel non-cadre, la société contrôlée n'a pas cherché à justifier cette situation par un report d'une partie de la cotisation salariale sur l'employeur de nature à la porter à plus de 60% notamment en raison d'un dépassement des divers taux mentionnés aux articles 85.2 et 85.3 de la convention ; qu'en soulevant d'office le moyen pris de ce que l'inspecteur n'avait pas pris la peine de vérifier si ces taux étaient ou non atteints tandis qu'un dépassement de ceux-ci aurait pu justifier le report d'une partie de la cotisation salariale sur celle de l'employeur, portant de ce fait cette dernière à plus de 60%, sans inviter l'urssaf à présenter ses observations, la cour d'appel a violé l'article 16 du code de procédure civile ;

3°) ALORS de même QUE tenu de respecter lui-même le principe du contradictoire, le juge du fond ne peut soulever d'office un moyen sans inviter les parties à présenter leurs observations ; qu'en soulevant d'office le moyen pris de ce que le code du travail n'impose aucune répartition entre employeurs et salariés quant au financement de l'obligation personnelle de maintien de salaire, la cour d'appel, qui n'a pas invité l'urssaf à présenter ses observations sur ce point, a violé l'article 16 du code de procédure civile ;

4°) ALORS QUE le régime de prévoyance institué par accord collectif et assurant un complément aux indemnités journalières se distingue de l'obligation personnelle de maintien de salaire ; qu'en conséquence, les règles afférentes au financement d'un tel régime diffèrent de celles afférentes au financement de ladite obligation ; qu'elles peuvent notamment envisager une règle de répartition du financement entre l'employeur et le salarié ; qu'en l'espèce, la cour d'appel a constaté que la question en litige portait sur la prise en charge à 100% des contributions au régime de prévoyance institué par la convention collective de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002, en ses articles 85.2 et 85.3 ; qu'en retenant que le code du travail, en ses articles L1226-1 et D1226-1 et suivants, n'envisage aucune répartition entre employeurs et salarié afin de financer l'obligation personnelle de maintien de salaire quand, de son propre constat, la question en litige portait sur le financement d'un régime de prévoyance institué par la norme conventionnelle, la cour d'appel, qui n'a pas tiré de ses constatations les conséquences s'en évinçant, a violé les articles L. 242-1 du code de la sécurité sociale et 85.2 et 85.3 de la convention collective nationale de l'hospitalisation privée ;

5°) ALORS QUE le motif dubitatif équivaut à une absence de motif ; qu'en retenant, pour annuler le redressement opéré au titre des années 2012 et 2013 que 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 au titre de 2012 et 2013, « à moins qu'aucun salarié n'ait été en arrêt de travail pour maladie en 2011 », quand le redressement opéré devait être présumé régulier sauf preuve contraire et certaine, la cour d'appel a violé l'article 455 du code de procédure civile ;



6°) ALORS QUE un redressement décidé à l'issue d'un contrôle, au titre de certaines seulement des années faisant l'objet de celui-ci, ne peut être annulé au seul constat de l'absence de redressement au titre d'une autre desdites années, et ce même si les circonstances étaient identiques au cours de l'ensemble de la période ; qu'en retenant que l'absence de justification de l'absence de redressement au titre de l'année 2011 devait à elle-seule entraîner l'annulation du redressement décidé au titre des années 2012 et 2013, la cour d'appel a violé les articles L. 242-1 et R. 243-59 du code de la sécurité sociale ;

7°) ALORS QUE le contrôleur n'est pas tenu de donner, dans la lettre d'observations, les indications détaillées sur chacun des chefs de redressement ou sur le mode de calcul pour les chiffres, qu'il n'a pas davantage à joindre une liste nominative des salariés concernés ; qu'en retenant que la lettre d'observations prenait pour base de calcul la somme de 10 706 euros pour 2012 et de 12 787 euros pour 2013, sans autre précision quant au nombre et à la catégorie des salariés concernés, la cour d'appel a violé l'article R. 243-59 du code de la sécurité sociale ;

8°) ALORS QUE la contradiction de motifs équivaut à une absence de motifs ; qu'en retenant d'une part que la lettre d'observations ne renseignait ni le nombre ni la catégorie des salariés concernés par le redressement, d'autre part que les pièces 6 à 11, desquelles il s'évinçait que la réintégration décidée ne pouvait valoir que pour les salariés non-cadres, venaient contredire les constatations de l'inspecteur, et en en déduisant que la preuve était ainsi rapportée que les éléments de fait ayant servi de base au redressement appliqué sur la totalité des allocations versées aux salariés étaient erronés, la cour d'appel a entaché sa décision d'une contradiction de motifs et a violé l'article 455 du code de procédure civile ;

9°) ALORS QUE l'urssaf était appelante du jugement entrepris en ce que celui-ci avait annulé les chefs de redressement n° 1 et 2 se rapportant au financement de la prévoyance ; que le premier juge ayant validé le redressement pris en son chef n° 4 afférent à la répartition du financement des allocations complémentaires aux indemnités journalières, seule la société contrôlée avait formé appel incident de ce chef ; qu'en retenant que l'urssaf, bien qu'appelante, n'avait pas fourni d'explications à hauteur d'appel, la cour a ignoré la qualité en laquelle l'urssaf intervenait en cause d'appel et a violé les articles 4 et 5 du code de procédure civile ;

10°) ALORS subsidiairement QUE le cotisant admettait que la réintégration était justifiée pour le personnel non-cadre dans la mesure où la réintégration du complément aux indemnités journalières n'avait été effectuée qu'à hauteur de 60% ; qu'en annulant purement et simplement le redressement opéré au motif qu'il n'était pas possible de déterminer s'il l'avait été pour les seuls salariés non-cadres, quand il lui appartenait de valider le redressement en son principe tout en invitant seulement l'urssaf à vérifier son calcul en fonction de la distinction des salariés cadres et non cadres et à ne procéder à la réintégration que pour les seuls cas concernés par un irrespect de la règle de répartition, la cour d'appel a violé les articles 4 et 5 du code de procédure civile.