

2 juin 2022

Cour de cassation

Pourvoi n° 20-21.881

Deuxième chambre civile – Formation restreinte hors RNSM/NA

Publié au Bulletin

ECLI:FR:CCASS:2022:C200572

Titres et sommaires

SECURITE SOCIALE, ASSURANCES SOCIALES - Couverture maladie universelle - Protection complémentaire en matière de santé - Contribution - Assiette - cotisations d'assurance maladie complémentaire - Exclusion - Personnes non affiliées à un régime obligatoire d'assurance maladie

Selon l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010, applicable au litige, la taxe de solidarité additionnelle est assise sur les cotisations d'assurance maladie complémentaire. Il en résulte que les sommes se rapportant à la couverture santé des personnes non affiliées à un régime obligatoire d'assurance maladie sont exclues du champ d'application de cette taxe. Prive de base légale sa décision, la cour d'appel qui, pour annuler un redressement opéré pour le recouvrement de cette taxe, se fonde sur les mentions figurant sur les "contrats complémentaires frais de soins", sans vérifier si les bénéficiaires de ces contrats étaient effectivement des personnes non assujetties à un régime obligatoire d'assurance maladie

Texte de la décision

Entête

CIV. 2

CM

COUR DE CASSATION

Audience publique du 2 juin 2022

Cassation partielle

M. PIREYRE, président

Arrêt n° 572 F-B

Pourvoi n° X 20-21.881

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 2 JUIN 2022

L'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) d'Île-de-France, dont le siège est [Adresse 2], [Localité 4], a formé le pourvoi n° X 20-21.881 contre l'arrêt rendu le 10 septembre 2020 par la cour d'appel de Versailles (5e chambre), dans le litige l'opposant à la société [5], société anonyme, dont le siège est [Adresse 1], [Localité 3], défenderesse 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. Leblanc, conseiller, les observations de la SCP Gatineau, Fattaccini et Rebeyrol, avocat de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) d'Île-de-France, de la SCP Célice, Texidor, Périer, avocat de la société [5], et l'avis de M. de Monteynard, avocat général, après débats en l'audience publique du 12 avril 2022 où étaient présents M. Pireyre, président, M. Leblanc, 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.

Exposé du litige

Faits et procédure

1. Selon l'arrêt attaqué (Versailles, 10 septembre 2020), à l'issue d'un contrôle de l'application de la législation de la sécurité sociale portant sur les années 2011 et 2012, l'URSSAF d'Île-de-France (l'URSSAF) a notifié à la société [5] (la société) un redressement résultant de la réintégration dans l'assiette de la contribution au financement de la couverture maladie universelle complémentaire - CMU - C, devenue taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA), des primes d'assurances afférentes aux contrats « complémentaires frais de soins » des assurés travaillant à Monaco (chef de redressement n° 1), aux « contrats frais de santé » des assurés travaillant en Suisse (chef de redressement n° 2) et aux « contrats bénéficiant aux personnes non assujetties à un régime obligatoire » (chef de

redressement n° 3).

2. Une mise en demeure lui ayant été notifiée le 26 décembre 2014, la société a saisi d'un recours une juridiction de sécurité sociale.

Moyens

Examen des moyens

Sur le premier moyen, pris en sa première branche

Enoncé du moyen

3. La société fait grief à l'arrêt d'annuler le chef de redressement n° 1, alors « que l'URSSAF ne recourt à la méthode de vérification par échantillonnage et extrapolation que si, limitant la vérification détaillée à un échantillon représentatif de la population concernée, elle procède à la constitution d'une base de sondage, au tirage d'un échantillon, à la vérification exhaustive de l'échantillon puis à l'extrapolation à l'ensemble de la population ayant servi de base à l'échantillon ; que tel n'est pas le cas lorsque l'URSSAF, vérifiant l'assujettissement à la taxe de solidarité additionnelle des contrats de couverture complémentaire, ne procède à l'analyse que d'une partie seulement des contrats conclus par la société contrôlée, puis, ayant constaté que deux de ces contrats devaient être assujettis à la taxe, décide néanmoins d'assujettir l'ensemble des contrats conclus ; qu'en l'espèce, la cour d'appel a constaté, par motifs propres et adoptés, que l'inspecteur du recouvrement n'avait pas examiné de manière exhaustive l'ensemble des contrats conclus par la société avec ses assurés mais uniquement quelques-uns, que parmi ces contrats examinés, il avait trouvé deux contrats signés par des clients résidant en France, et donc assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, et qu'il avait pourtant soumis à cotisations l'ensemble des primes encaissées au titre de l'ensemble des contrats ; qu'en considérant qu'en procédant de la sorte, l'URSSAF avait eu recours irrégulièrement à une méthode de contrôle par échantillonnage et extrapolation de sorte que le chef de redressement n° 1 devait être annulé, la cour d'appel a violé, par fausse application, l'article R. 243-59-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du décret n° 2007-546 du 11 avril 2007 applicable au litige. »

Motivation

Réponse de la Cour

Vu l'article R. 243-59-2 du code de la sécurité sociale :

4. Selon ce texte, les inspecteurs du recouvrement peuvent proposer à l'employeur d'utiliser les méthodes de vérification par échantillonnage et extrapolation, comportant la constitution d'une base de sondage, le tirage d'un échantillon, la vérification exhaustive de l'échantillon et l'extrapolation à la population ayant servi de base à l'échantillon.

5. Pour annuler le chef de redressement litigieux, l'arrêt retient, par motifs propres et adoptés, que rien n'autorisait l'organisme de contrôle, à partir de deux exceptions et sans autre vérification, à considérer que la totalité des contrats en cause concernaient des résidents en France et que la méthode ainsi employée s'apparente à un contrôle par échantillonnage et extrapolation. Il ajoute que s'il est possible de procéder par échantillonnage, encore cette procédure doit-elle obéir à des règles et être expliquée dans la lettre d'observations, ce qui n'est pas le cas. Il relève enfin qu'il ne peut qu'être constaté que les dispositions de l'article R. 243-59-2 précité n'ont pas été respectées dans la mesure où elles exigent de se conformer à différentes étapes au cours desquelles la procédure contradictoire est renforcée.

6. En statuant ainsi, alors qu'il ressortait de ses constatations que l'inspecteur du recouvrement n'avait pas recouru à une méthode de vérification par échantillonnage et extrapolation au sens du texte susvisé, la cour d'appel a violé ce dernier par fausse application.

Moyens

Sur le deuxième moyen, pris en sa première branche

Enoncé du moyen

7. La société fait grief à l'arrêt d'annuler le chef de redressement n° 2, alors « que l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, qui institue une taxe de solidarité additionnelle assise sur les cotisations d'assurances afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de personnes physiques résidentes en France, n'opère aucune distinction selon que les personnes résidentes en France sont ou non à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ; que les cotisations d'assurance entrent dans l'assiette de la taxe dès lors qu'elles sont afférentes à une protection « complémentaire » c'est-à-dire qu'elles garantissant la prise en charge de dépense de santé en complément des prestations versées par un régime obligatoire de sécurité sociale, peu important que ce régime obligatoire de sécurité sociale ne soit pas français mais suisse ; qu'en jugeant que les cotisations des contrats de protection complémentaire « frais de santé » souscrits au bénéfice de résidents français travaillant en Suisse, et soumis de ce fait au régime de sécurité sociale suisse, étaient exclues de la taxe de solidarité additionnelle au prétexte que ces personnes n'étaient pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, la cour d'appel qui a opéré une distinction non prévue par la loi, a violé l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi n°2010-1657 du 29 décembre 2010 applicable au litige. »

Motivation

Réponse de la Cour

Vu l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010, applicable au litige :

8. Aux termes de ce texte, il est perçu une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire versées pour les personnes physiques résidentes en France, à l'exclusion des réassurances.

9. Pour annuler le chef de redressement relatif aux primes afférentes aux contrats souscrits par des assurés résidant en France mais travaillant en Suisse, l'arrêt retient essentiellement que sont exclues de la taxe les sommes se rapportant à la couverture santé pour les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français et que les personnes qui travaillent en Suisse sont soumises, de ce seul fait, à la législation de sécurité sociale suisse.

10. En statuant ainsi alors que l'article L. 862-4 n'opère aucune distinction en fonction du lieu de travail de la personne signataire du contrat ou du régime d'assurance maladie obligatoire dont elle relève, qu'il soit français ou étranger, la cour d'appel a violé le texte susvisé.

Moyens

Et sur le troisième moyen, pris en sa troisième branche

Enoncé du moyen

11. La société fait grief à l'arrêt d'annuler le chef de redressement n° 3, alors « que ne sont exclues du champ d'application de la taxe additionnelle que les primes qui se rapportent à la couverture santé de personnes qui ne sont pas assujetties à un régime obligatoire d'assurance maladie, ce que la société cotisante doit démontrer et le juge constater ; qu'en l'espèce, la cour d'appel a constaté que seulement « un des contrats » soumis par la société portait la mention « pour une personne non assujettie (illisible) régime obligatoire » et que les conditions générales du contrat « complémentaire frais de soins » mentionnait « non assujettis à un régime obligatoire » ; qu'en jugeant que les primes afférentes à tous ces contrats « complémentaire frais de soins » devaient être exonérées de la taxe additionnelle puis en annulant l'entier chef de redressement n° 3, sans avoir examiné tous les contrats litigieux ni constaté que les bénéficiaires de l'ensemble de ces contrats n'étaient pas assujettis à un régime obligatoire d'assurance maladie, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 applicable au litige. »

Motivation

Réponse de la Cour

Vu l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010, applicable au litige :

12. Selon ce texte, la taxe de solidarité additionnelle est assise sur les cotisations d'assurance maladie complémentaire. Il en résulte que les sommes se rapportant à la couverture santé des personnes non affiliées à un régime obligatoire d'assurance maladie sont exclues du champ d'application de cette taxe.

13. Pour annuler le redressement, l'arrêt relève que l'un des contrats soumis par la société porte la mention « pour personne non assujettie (illisible) à un régime obligatoire » et que le document présentant les conditions générales du contrat « Complémentaire frais de soins » porte, juste en dessous de ce titre, la mention « Non-assujettis à un régime obligatoire ». Il ajoute que la société n'est d'ailleurs en rien démentie lorsqu'elle indique que les garanties ne sont plus offertes dès lors que le signataire du contrat vient à relever du régime de base de la sécurité sociale française.

14. En se déterminant ainsi, sans vérifier si les bénéficiaires des contrats litigieux étaient effectivement des personnes non assujetties à un régime obligatoire d'assurance maladie, la cour d'appel a privé sa décision de base légale.

Dispositif

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

CASSE ET ANNULE, sauf en ce qu'il ordonne la jonction des procédures et déboute la société de sa demande en nullité de la décision du 26 décembre 2014, l'arrêt rendu le 10 septembre 2020, entre les parties, par la cour d'appel de Versailles ;

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 de Versailles autrement composée ;

Condamne la société [5] aux dépens ;

En application de l'article 700 du code de procédure civile, rejette la demande formée par la société [5] et la condamne à payer à l'URSSAF d'Île-de-France la somme de 3 000 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 deux juin deux mille vingt-deux.

Moyens annexés

MOYENS ANNEXES au présent arrêt

Moyens produits par la SCP Gatineau, Fattaccini et Rebeyrol, avocat aux Conseils, pour l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales d'Île-de-France

PREMIER MOYEN DE CASSATION

Il est fait grief à l'arrêt attaqué d'AVOIR confirmé le jugement du tribunal des affaires de sécurité sociale du 28 mars 2018 en ce qu'il a annulé le chef de redressement n°1 suivant lettre d'observations du 12 novembre 2014 (assujettissement des primes afférentes au contrat « complémentaire frais de soins – assurés travaillant à Monaco : redressement total de 202.554 euros) et d'AVOIR en conséquence condamné l'Urssaf d'Ile-de-France à rembourser à la société [5] la somme de 749.880 euros, en deniers ou quittances, avec intérêts au taux légal à compter du 19 novembre 2015, décidé en principe que l'Urssaf d'Ile-de-France devra procéder, dans les meilleurs délais, à vérification des sommes effectivement réglées par la société [5] au regard des sommes que cette société devait régler pour les années 2011 et 2012 et renvoyé les parties à faire leurs comptes et décidé que les sommes dont seraient redevables l'Urssaf d'Ile-de-France à l'égard de la société [5] devraient porter intérêt au taux légal à compter du 19 novembre 2015.

1° - ALORS QUE l'Urssaf ne recourt à la méthode de vérification par échantillonnage et extrapolation que si, limitant la vérification détaillée à un échantillon représentatif de la population concernée, elle procède à la constitution d'une base de sondage, au tirage d'un échantillon, à la vérification exhaustive de l'échantillon puis à l'extrapolation à l'ensemble de la population ayant servi de base à l'échantillon ; que tel n'est pas le cas lorsque l'Urssaf, vérifiant l'assujettissement à la taxe de solidarité additionnelle des contrats de couverture complémentaire, ne procède à l'analyse que d'une partie seulement des contrats conclus par la société contrôlée, puis, ayant constaté que deux de ces contrats devaient être assujettis à la taxe, décide néanmoins d'assujettir l'ensemble des contrats conclus ; qu'en l'espèce, la cour d'appel a constaté, par motifs propres et adoptés, que l'inspecteur du recouvrement n'avait pas examiné de manière exhaustive l'ensemble des contrats conclus par la société [5] avec ses assurés mais uniquement quelques-uns, que parmi ces contrats examinés, il avait trouvé deux contrats signés par des clients résidant en France, et donc assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, et qu'il avait pourtant soumis à cotisations l'ensemble des primes encaissées au titre de l'ensemble des contrats ; qu'en considérant qu'en procédant de la sorte, l'Urssaf avait eu recours irrégulièrement à une méthode de contrôle par échantillonnage et extrapolation de sorte que le chef de redressement n°1 devait être annulé, la cour d'appel a violé, par fausse application, l'article R. 243-59-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du décret n°2007-546 du 11 avril 2007 applicable au litige.

2° - ALORS QU'il appartient au cotisant qui réclame le bénéfice d'une exonération de cotisation de prouver, autrement

que par voie d'affirmation, qu'il en remplit les conditions ; que l'inspecteur de l'Urssaf peut donc régulièrement soumettre à la taxe de solidarité additionnelle l'ensemble des contrats de couverture complémentaire conclus par le cotisant lorsque ce dernier se borne à déclarer, de façon mensongère, que l'ensemble de ces contrats doit être exonéré de cotisations car les assurés résident tous à [Localité 6] ; que ce n'est pas à l'inspecteur de l'Urssaf de procéder à des vérifications complémentaires pour établir quels contrats peuvent être exonérés de cotisations ; qu'en l'espèce la cour d'appel a constaté que la société cotisante avait déclaré à l'inspecteur de l'Urssaf - de façon mensongère puisqu'au moins deux assurés résidaient en France - que l'ensemble des assurés visés par les contrats litigieux résidaient à Monaco ; qu'en jugeant que l'inspecteur de l'Urssaf, qui avait soumis la totalité des contrats litigieux à la taxe de solidarité additionnelle, aurait dû procéder à des vérifications complémentaires en examinant tous les contrats conclus, de sorte que son redressement serait irrégulier, la cour d'appel a inversé la charge de la preuve et violé l'article 1315 du code civil, devenu l'article 1353 du code civil.

DEUXIEME MOYEN DE CASSATION

Il est fait grief à l'arrêt infirmatif attaqué d'AVOIR annulé le chef de redressement n°2 suivant lettre d'observations du 12 novembre 2014 (assujettissement des primes au titre des contrat « frais de santé » bénéficiant aux personnes travaillant en Suisse pour un total de 1.069.303 euros) et d'AVOIR en conséquence condamné l'Urssaf d'Ile-de-France à rembourser à la société [5] la somme de 749.880 euros, en deniers ou quittances, avec intérêts au taux légal à compter du 19 novembre 2015, décidé en principe que l'Urssaf d'Ile-de-France devra procéder, dans les meilleurs délais, à vérification des sommes effectivement réglées par la société [5] au regard des sommes que cette société devait régler pour les années 2011 et 2012 et renvoyé les parties à faire leurs comptes et décidé que les sommes dont seraient redevables l'Urssaf d'Ile-de-France à l'égard de la société [5] devraient porter intérêt au taux légal à compter du 19 novembre 2015.

1°- ALORS QUE l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, qui institue une taxe de solidarité additionnelle assise sur les cotisations d'assurances afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de personnes physiques résidentes en France, n'opère aucune distinction selon que les personnes résidentes en France sont ou non à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ; que les cotisations d'assurance entrent dans l'assiette de la taxe dès lors qu'elles sont afférentes à une protection « complémentaire » c'est-à-dire qu'elles garantissant la prise en charge de dépense de santé en complément des prestations versées par un régime obligatoire de sécurité sociale, peu important que ce régime obligatoire de sécurité sociale ne soit pas français mais suisse ; qu'en jugeant que les cotisations des contrats de protection complémentaire « frais de santé » souscrits au bénéfice de résidents français travaillant en suisse, et soumis de ce fait au régime de sécurité sociale suisse, étaient exclues de la taxe de solidarité additionnelle au prétexte que ces personnes n'étaient pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, la cour d'appel qui a opéré une distinction non prévue par la loi, a violé l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi n°2010-1657 du 29 décembre 2010 applicable au litige,

2° - ALORS QUE les juges ne peuvent dénaturer les conclusions des parties; que dans ses conclusions d'appel soutenues oralement à l'audience, l'Urssaf contestait l'interprétation faite par la société [5] du point 2.2.2. de la circulaire du 8 avril 2011 stipulant que sont exclues du champ de la taxe « les sommes se rapportant à la couverture santé pour les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français (couverture au 1er euro) » ; qu'elle faisait valoir que cette catégorie d'exclusion concernait seulement les primes destinées au financement de contrats dans lequel l'organisme assureur intervenait au premier rang, soit dès le premier euro dépensé, sans coordination avec d'autres régimes de protection sociale, c'est-à-dire les contrats constituant un régime d'assurance maladie de base ; qu'elle en déduisait que le fait pour le souscripteur de relever d'un régime de base étranger ne permettait pas à la prime d'être exclue de l'assiette de la taxe ; qu'elle contredisait en conséquence l'argument de la société selon lequel les primes afférentes aux contrats de protection complémentaires souscrits par des résidents français travaillant en Suisse n'étaient pas assujetties à la taxe dès lors qu'ils n'étaient pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français mais relevaient d'un régime de sécurité sociale obligatoire suisse (cf. conclusions d'appel de l'Urssaf, p. 6, avant dernier § et p. 7, § 6 à 10) ; qu'en énonçant que l'Urssaf ne tirait aucune conclusion du point 2.2.2. de la circulaire du 8 avril 2011, qu'elle n'apportait aucune contradiction à l'argument de la société selon lequel aucun des bénéficiaires des contrats en cause n'était à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ; qu'elle n'apportait aucun élément de nature à étayer le principe d'inclusion qu'elle revendiquait et

qu'elle avait elle-même rappelé que ces sommes étaient exclues de la taxe pour les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, la cour d'appel a dénaturé les conclusions d'appel de l'Urssaf et violé l'article 4 du code de procédure civile.

3° - ALORS subsidiairement QU'il appartient au cotisant qui réclame le bénéfice d'une exonération de cotisation de rapporter la preuve qu'il en remplit les conditions ; qu'à supposer même que les primes ou cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaires en matière de frais de soins de santé soient exonérées de la taxe de solidarité additionnelle pour les personnes bénéficiaires qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, il appartenait à la société [5] qui invoquait cette exonération de prouver que les personnes signataires des contrats litigieux n'étaient pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ; qu'en reprochant à l'Urssaf de ne soumettre aucune information relative à la protection dont bénéficierait l'une au moins des personnes ayant signé l'un de contrats en cause, de n'apporter aucune contradiction à « l'argument » de la société selon lequel aucun des bénéficiaires des contrats en cause ne serait à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie française, et de n'apporter aucun élément de nature à étayer le principe d'inclusion qu'elle revendiquait, la cour d'appel a inversé la charge de la preuve et violé l'article 1315 du code civil, devenu l'article 1353 du code civil.

4° - ALORS en tout état de cause QUE le juge, tenu de trancher le litige conformément aux règles de droit applicable, ne peut fonder sa décision sur des circulaires dépourvues de toute portée normative ; qu'en se fondant exclusivement, pour annuler le chef de redressement n°2, sur les dispositions du point 2.2.2. de la circulaire n°DSS/5D/2011/133 du 8 avril 2011, la cour d'appel a violé l'article 12 du code de procédure civile, ensemble l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi n°2010-1657 du 29 décembre 2010 applicable au litige,

TROISIEME MOYEN DE CASSATION

Il est fait grief à l'arrêt infirmatif attaqué d'AVOIR annulé le chef de redressement n°3 suivant lettre d'observations du 12 novembre 2014 (assujettissement des primes afférentes au contrat bénéficiant aux personnes non assujetties à un régime obligatoire, pour un total de 59.824 euros) et d'AVOIR en conséquence condamné l'Urssaf d'Ile-de-France à rembourser à la société [5] la somme de 749.880 euros, en deniers ou quittances, avec intérêts au taux légal à compter du 19 novembre 2015, décidé en principe que l'Urssaf d'Ile-de-France devra procéder, dans les meilleurs délais, à vérification des sommes effectivement réglées par la société [5] au regard des sommes que cette société devait régler pour les années 2011 et 2012 et renvoyé les parties à faire leurs comptes et décidé que les sommes dont seraient redevables l'Urssaf d'Ile-de-France à l'égard de la société [5] devraient porter intérêt au taux légal à compter du 19 novembre 2015.

1° - ALORS QUE les juges du fond ne peuvent dénaturer les écrits versés aux débats ; que dans la lettre d'observations du 12 novembre 2014, l'inspecteur de l'Urssaf avait constaté que la société [5] proposait un contrat « complémentaire frais de soins » au bénéfice des « non assujettis à un régime obligatoire », que cette société justifiait l'exclusion desdits contrats de l'assiette de la taxe en arguant « du non assujettissement à un régime obligatoire de ses clients », que la société n'avait cependant pas fourni les contrats réclamés, l'archivage électronique n'existant pas pour ces contrats anciens et les documents papiers étant introuvables, et que le seul élément fourni était un contrat type non daté (cf. lettre d'observations, p. 9 et 10) ; qu'en énonçant que dans cette lettre d'observations, l'Urssaf ne procédait à aucun constat, qu'elle ne citait pas même un contrat qui aurait permis d'apprécier le contrôle effectué et qu'elle indiquait elle-même que le contrat en cause était « au bénéfice des non assujettis à un régime obligatoire », la cour d'appel a dénaturé cette lettre d'observations et méconnu l'obligation pour le juge de ne pas dénaturer les écrits qui lui sont soumis.

2° - ALORS QU'il appartient au cotisant qui réclame le bénéfice d'une exonération de cotisation de prouver, autrement que par voie d'affirmation, qu'il en remplit les conditions ; qu'en l'espèce, il appartenait à la société [5] qui prétendait que les primes afférentes aux contrats « complémentaire frais de soins » qu'elle proposait étaient exonérées de la taxe additionnelle de prouver, autrement que par voie d'affirmation, que leurs bénéficiaires n'étaient pas assujettis à un régime obligatoire d'assurance maladie et que les garanties de ces contrats cessaient si lesdits bénéficiaires venaient à relever d'un régime obligatoire de sécurité sociale ; qu'en annulant ce chef de redressement faute pour l'Urssaf d'avoir cité un contrat qui aurait permis d'apprécier le contrôle effectué et faute d'avoir démenti la société lorsqu'elle « indiquait » seulement que les garanties n'étaient plus offertes dès lors que les signataire du contrat venaient à relever du régime de

base de la sécurité sociale française, la cour d'appel a inversé la charge de la preuve et violé l'article 1315, devenu l'article 1353 du code civil.

3° - ALORS QUE ne sont exclues du champs d'application de la taxe additionnelle que les primes qui se rapportent à la couverture santé de personnes qui ne sont pas assujetties à un régime obligatoire d'assurance maladie, ce que la société cotisante doit démontrer et le juge constater ; qu'en l'espèce, la cour d'appel a constaté que seulement « un des contrats » soumis par la société (pièce 17, contrat 1275213) portait la mention « pour une personne non assujetties (illisible) régime obligatoire » et que les conditions générales du contrat « complémentaire frais de soins » mentionnait « non assujettis à un régime obligatoire » ; qu'en jugeant que les primes afférentes à tous ces contrats « complémentaire frais de soins »

devaient être exonérées de la taxe additionnelle puis en annulant l'entier chef de redressement n°3, sans avoir examiné tous les contrats litigieux ni constaté que les bénéficiaires de l'ensemble de ces contrats n'étaient pas assujettis à un régime obligatoire d'assurance maladie, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi n°2010-1657 du 29 décembre 2010 applicable au litige.

4° - ALORS en tout état de cause QUE le juge, tenu de trancher le litige conformément aux règles de droit applicable, ne peut fonder sa décision sur des circulaires dépourvues de toute portée normative ; qu'en se fondant exclusivement, pour annuler le chef de redressement n°3, sur les dispositions du point 2.2.2. de la circulaire n°DSS/5D/2011/133 du 8 avril 2011, la cour d'appel a violé l'article 12 du code de procédure civile, ensemble l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi n°2010-1657 du 29 décembre 2010 applicable au litige,

Décision attaquée

Cour d'appel de versailles
10 septembre 2020 (n°18/02714)

Textes appliqués

Article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010, applicable au litige.

Article R. 243-59-2 du code de la sécurité sociale.

Les dates clés

- Cour de cassation Deuxième chambre civile 02-06-2022
- Cour d'appel de Versailles 10-09-2020