

En l'espèce, une CPAM avait reconnu le caractère professionnel d'une maladie dont souffrait un salarié. L'employeur avait contesté devant la juridiction de sécurité sociale l'opposabilité à son encontre de la décision prise par la caisse. Au visa de divers textes (*C. civ.*, art. 2. – CSS, R. 441-11 rédaction applicable au litige. – D. n° 2009-938, 29 juill. 2009, art. 2), la Cour de cassation estime que les nouvelles dispositions qui modifient, en particulier, les articles R. 441-11 et R. 441-14 du Code de la sécurité sociale, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2010, ne s'appliquent pas aux **procédures d'instruction** des accidents du travail ou maladies professionnelles **engagées avant cette date par une CPAM**.

Dans un tel litige, qui soulève une importante question de droit transitoire, une attention particulière doit être accordée aux dates. La cour d'appel s'était appuyée sur l'article R. 441-14, dans sa rédaction résultant du décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009, pour déclarer la décision de la CPAM inopposable à l'entreprise. Selon ces juges, l'employeur avait reçu la lettre l'informant de la clôture de l'instruction du dossier datée du 18 juin 2003 et réceptionnée par l'entreprise le 20 juin. La CPAM avait pris sa décision le 3 juillet suivant à la suite de la notification régulière de la fin de la procédure d'enquête à l'employeur, mais avant l'expiration du délai de 10 jours francs prévu par le décret précité, sa méconnaissance entraînant l'admission de la demande d'inopposabilité. Ce raisonnement a été remis en cause par la Cour de cassation. L'article R. 441-14, pas plus d'ailleurs que le décret du 29 juillet 2009 n'était applicable au litige. Les juges du fond auraient dû rechercher si la CPAM avait accordé à l'entreprise un **délai suffisant** afin de prendre connaissance de la procédure d'instruction et d'exprimer d'éventuelles observations.

Avant la réforme de 2010, l'article R. 441-14 était rédigé en des termes lapidaires : il précisait simplement dans son alinéa 3 que la

décision de la CPAM devait être adressée à la victime ou à ses ayants droit par lettre recommandée avec AR. En cas de refus de prise en charge, le double de la notification était envoyé à l'employeur. Désormais, les alinéas 3 et 4 du texte prévoient que, dans les cas envisagés au dernier alinéa de l'article R. 441-11, la CPAM communique à la victime ou à ses ayants droit et à l'employeur **au moins 10 jours francs avant de prendre sa décision**, par tout moyen permettant d'en déterminer la date de réception, l'information sur les éléments recueillis et susceptibles de leur faire grief, ainsi que sur la possibilité de consulter le dossier mentionné à l'article R. 441-13.

La jurisprudence retient, selon l'article R. 441-11 du code précité, dans sa rédaction antérieure au décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009, que le délai accordé à l'employeur pour formuler ses observations sur la reconnaissance du caractère professionnel d'un accident du travail court à compter du jour où celui-ci a la possibilité de prendre connaissance du dossier constitué par la caisse en application de l'article R. 441-13 du même code (*Cass. 2^e civ.*, 5 avr. 2012, n° 11-12.806 ; *JurisData* n° 2012-006401 ; *Bull. civ.* 2012, II, n° 69). Dans le sillage de l'arrêt du 24 janvier 2013, les questions de droit transitoire doivent être appréciées par rapport à la **date d'instruction des maladies ou accidents** : lorsque les procédures d'instruction sont **engagées** avant le 1^{er} janvier 2010, le droit antérieur doit être mis en œuvre, le décret du 29 juillet 2009 n'étant pas rétroactif.

Thierry TAURAN,
maître de conférences à l'université de Lorraine (UDL)

MOTS-CLÉS : Accidents du travail et maladies professionnelles - Caractère professionnel - Procédure d'instruction - Délai suffisant pour l'employeur

TEXTES : CSS, art. R. 441-11, R. 441-14

JURISCLASSEUR : Protection sociale Traité, Fasc. 313, par Gérard Vachet

Cotisations et contributions sociales

1128 Paiement indu de cotisations : variations sur la prescription

La demande de remboursement des cotisations de sécurité sociale indûment versées se prescrit par trois ans à compter de la date à laquelle les cotisations ont été acquittées. Dès lors que les taux majorés de cotisations accidents du travail ont été notifiés annuellement à la société avec la mention des délais de recours, sans qu'il soit soutenu que ceux-ci aient été exercés, aucun élément ne permet de fixer le point de départ du délai de prescription à une autre date que celle prévue par l'article L. 243-6 du Code de la sécurité sociale ; la saisine de la caisse primaire, organisme social distinct de l'union de recouvrement, n'est pas de nature à interrompre ce délai.

Cass. 2^e civ., 24 janv. 2013, n° 11-22.585, FS-P+B, SA société OGF c/ URSSAF de l'Eure-et-Loir et a. : *JurisData* n° 2013-000698

LA COUR – (...)

Sur le moyen unique :

● Attendu, selon l'arrêt confirmatif attaqué (Versailles, 16 juin 2011), que la société OGF (la société) a saisi, le 11 juillet 2005, la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne (la caisse) d'une contestation de la durée des arrêts de travail que celle-ci avait pris en charge à la suite de l'accident du travail dont son salarié, M. M., avait été victime, le 26 octobre 1998 ; que le tribunal des

affaires de sécurité sociale de la Marne ayant, par jugement définitif du 25 mai 2007, fixé la date de consolidation des blessures au 30 avril 1999 et écarté tout lien entre l'accident du travail et les arrêts de travail postérieurs, une caisse régionale d'assurance maladie a rectifié les taux de cotisations accidents du travail notifiés à la société pendant les années 2001 à 2007 ; que la société ayant déduit de ses versements à l'URSSAF de la Marne une somme correspondant au trop versé pendant cette période, l'URSSAF d'Eure-et-Loir a limité la compensation à la période triennale non prescrite, soit du 1^{er} septembre 2004 au 31 décembre 2006, et lui a réclamé le paiement des cotisations de la période antérieure ; que la société, après avoir réglé la somme réclamée, a saisi une juridiction de sécurité sociale d'une demande de remboursement en faisant valoir que le délai de prescription avait été interrompu par la saisine de la caisse primaire d'assurance maladie ;

● Attendu que la société fait grief à l'arrêt de rejeter sa demande, alors, selon le moyen :

1° / que si, en principe l'interruption de la prescription ne peut s'étendre d'une action à l'autre, il en est autrement lorsque deux actions, quoique ayant des causes distinctes, tendent à un seul et même but, de telle sorte que la seconde est virtuellement comprise dans la première ; que lorsque la reconnaissance du caractère indu des cotisations accidents du travail versées par l'employeur nécessite que ce dernier conteste au préalable une décision d'une caisse de sécurité sociale, le délai de prescription de l'action en remboursement des cotisations indues fixées par l'article L. 243-6 du Code de la sécurité sociale est

nécessairement interrompu par l'exercice du recours contre la décision de la caisse qui a pour but de faire reconnaître le caractère indu des cotisations versées à la suite de cette décision ; qu'au cas présent, le recours exercé par la société OGF, le 11 juillet 2005, devant la commission de recours amiable de la caisse primaire d'assurance maladie de Reims tendait à ce que la durée des arrêts de travail pris en charge par la caisse au titre de l'accident du travail de M. M. soit réduite et que, par conséquent, les prestations indues soient écartées du calcul de ces taux de cotisations ; que ce recours de la société OGF avait pour but de faire recalculer ses taux de cotisations modifiés par les prestations indûment prises en charge par la caisse primaire d'assurance maladie et d'obtenir ainsi le remboursement des cotisations indûment versées ; que ce recours avait donc interrompu le cours de la prescription triennale, de sorte que la société OGF était en droit d'obtenir de l'URSSAF le remboursement des cotisations indûment versées postérieurement au 11 juillet 2002 ; qu'en refusant de considérer que le recours formé contre la décision de la caisse qui constituait le fait générateur des cotisations indûment versées avait interrompu le cours de la prescription triennale, la cour d'appel a violé les articles 2244 du Code civil, dans sa rédaction en vigueur, L. 243-6 du Code de la sécurité sociale et R. 142-1 du Code de la sécurité sociale ;

2° / que la caisse primaire d'assurance maladie, la caisse régionale d'assurance maladie, devenue la CARSAT, et l'URSSAF sont les composantes d'un même service public de la sécurité sociale dotées au sein de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » d'attributions légales complémentaires ; que l'URSSAF n'est pas un tiers par rapport aux caisses de sécurité sociale et n'en est que le mandataire légal substitué aux caisses pour le recouvrement des cotisations sociales ; qu'il en résulte que l'action exercée par une entreprise à l'encontre d'une décision de la caisse primaire d'assurance maladie, occasionnant des dépenses imputées sur le compte employeur et prises en compte pour le calcul de ces taux de cotisations, interrompt le cours de la prescription tant à l'égard des décisions de la CARSAT relatives à la détermination des taux de cotisations impactées par ses dépenses, qu'à l'égard des versements à l'URSSAF de cotisations calculées à partir de ces taux ; qu'en estimant que l'action exercée par la société OGF contre la décision de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne n'avait pas interrompu le cours de la prescription, aux motifs que l'URSSAF est une « entité juridiquement autonome de caisses » et que la caisse primaire d'assurance maladie « ne dispose d'aucun pouvoir d'injonction ni à l'égard de la caisse régionale d'assurance maladie chargée de déterminer les taux de cotisations accidents du travail, ni à l'égard de l'URSSAF chargée d'en assurer le recouvrement », la cour d'appel s'est fondée sur des motifs inopérants, en violation des articles L. 213-1 et L. 243-6 du Code de la sécurité sociale, ensemble de l'article 2244 du Code civil, dans sa rédaction alors en vigueur ;

3° / que l'article D. 242-6-3 avant-dernier alinéa du Code de la sécurité sociale dispose que « l'ensemble des dépenses constituant la valeur du risque est pris en compte par les caisses primaires d'assurance maladie dès que ces dépenses leur ont été communiquées par les caisses primaires sans préjudice des décisions ultérieures » ; qu'il résulte de ce texte que l'exercice par l'employeur d'un recours à l'encontre de la décision de la caisse primaire n'est susceptible d'avoir aucune incidence immédiate sur la détermination du taux de cotisations accidents du travail par la caisse régionale et, par conséquent, sur le montant des cotisations à verser à l'URSSAF ; que, seule une décision de justice remettant en cause la décision de la CPAM est susceptible de produire des effets à l'égard de détermination du taux de cotisations accidents du travail par la caisse régionale et donc sur le montant des cotisations à verser à l'URSSAF ; qu'en outre, aucun texte ne fait obligation à l'employeur qui forme un recours contre la décision de la caisse primaire ayant occasionné des dépenses d'en informer la caisse régionale ; qu'en reprochant à la société OGF de ne pas avoir informé la caisse régionale de son recours exercé à l'encontre de la décision de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne, la cour d'appel s'est fondée sur un motif erroné en violation des articles L. 243-6 et D. 242-6-3, dans sa rédaction alors en vigueur, du Code de la sécurité sociale, ensemble de l'article 2244 du Code civil, dans sa rédaction alors en vigueur ;

4° / que l'employeur est légalement tenu de verser à l'URSSAF à échéance les cotisations accident du travail au taux qui lui a été notifié par la CARSAT, sous peine de verser d'importantes pénalités ; qu'il ne peut exercer de recours ni

contre la décision de notification de taux de la CARSAT, ni contre le versement de cotisations à l'URSSAF tant qu'il n'a pas obtenu la remise en cause de la décision de la caisse primaire d'assurance maladie ayant généré des dépenses prises en compte pour le calcul de son taux de cotisations accidents du travail ; qu'au cas présent, avant d'être en mesure de faire valoir ses droits auprès de l'URSSAF d'Eure-et-Loir, la société OGF avait dû saisir la commission de recours amiable de la caisse primaire d'assurance maladie de Reims d'un recours contre la décision de cet organisme ayant généré des dépenses ; qu'elle a ensuite attendu deux mois pour se prévaloir d'une décision implicite de rejet et pouvoir saisir le tribunal des affaires de sécurité sociale ; que ce dernier a alors mis 21 mois pour statuer sur son recours ; qu'ayant obtenu un jugement du tribunal des affaires de sécurité sociale faisant droit à son recours, elle avait alors dû solliciter immédiatement la CARSAT en vue d'une révision des taux de cotisations impactés par la décision de la caisse primaire d'assurance maladie et avait obtenu cette décision au bout de trois mois ; qu'au total, entre l'introduction de son recours devant la commission de recours amiable de la le 11 juillet 2005 et l'obtention de la révision de ses taux de cotisations par la CARSAT le 22 août 2007, la société OGF a dû attendre plus de deux ans avant d'être en mesure de justifier du caractère indu des cotisations versées depuis 2002 au titre de l'accident de M. M. ; qu'en estimant que le délai de prescription de l'article L. 243-6 du Code de la sécurité sociale avait néanmoins continué à courir au cours de cette période, la cour d'appel a privé la société OGF de toute possibilité effective de récupérer des sommes indûment versées pendant plus de deux ans en violation des articles 1^{er} du Protocole additionnel n° 1 et 6, § 1, de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;

● Mais attendu, en premier lieu, que la société n'avait pas soutenu, devant les juges du fond, que l'application de la prescription triennale la privait de toute possibilité effective de récupérer des sommes indûment versées pendant plus de deux ans en violation des articles 6, § 1, de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et 1^{er} du Protocole additionnel n° 1 à ladite Convention ;

● Et attendu, en second lieu, qu'après avoir énoncé que, selon l'article L. 243-6 du Code de la sécurité sociale, la demande de remboursement des cotisations de sécurité sociale indûment versées se prescrit par trois ans à compter de la date à laquelle les cotisations ont été acquittées et relevé que les taux majorés de cotisations accidents du travail avaient été notifiés annuellement à la société avec la mention des délais de recours, sans qu'il soit soutenu que ceux-ci aient été exercés, c'est à bon droit que la cour d'appel a, par ces seuls motifs, décidé qu'aucun élément ne permettait de fixer le point de départ du délai de prescription à une autre date que celle prévue par le texte précité et que la saisine de la caisse primaire, organisme social distinct de l'union de recouvrement n'était pas de nature à interrompre ce délai ;

D'où il suit que le moyen, nouveau, mélangé de fait et de droit dans sa quatrième branche, et comme tel irrecevable, n'est pas fondé pour le surplus ;

Par ces motifs :

● Rejette (...)

NOTE

Un jugement définitif prononçant l'inopposabilité à l'employeur de lésions prises en charge au titre de la législation professionnelle peut-il rester lettre morte ? Les mécanismes complexes qui régissent les relations entre les différents organismes de sécurité sociale – en particulier les règles portant sur la prescription URSSAF – peuvent permettre au service public de sécurité sociale d'en neutraliser les conséquences. C'est le constat qu'impose la lecture d'un arrêt du 24 janvier 2013 de la 2^e chambre civile de la Cour de cassation. L'affaire s'est déroulée en deux temps.

Premier temps. – Un employeur a saisi le 11 juillet 2005 la commission de recours amiable d'une caisse primaire d'assurance maladie afin que la durée des arrêts de travail en lien avec un sinistre pris en charge au titre de la législation professionnelle soit réduite. **Deux ans plus tard**, le 25 mai 2007, le tribunal des affaires de sécurité sociale a, par jugement devenu définitif, fait droit au recours de l'employeur. Le tribunal a écarté le caractère professionnel de certains arrêts de travail