

1277 CPAM ? URSSAF ? CARSAT ? Vers qui l'employeur peut-il se diriger pour faire échec à la prescription de l'article L. 243-6 ?

Camille-Frédéric PRADEL,

docteur en droit, avocat au barreau de Paris

Perle-Marie PRADEL-BOUREUX,

docteur en droit, avocat au barreau de Paris

Virgile PRADEL,

diplômé de Sciences Po Paris

Par une interprétation déformée de la récente jurisprudence OGF du 24 janvier 2013, certaines URSSAF tentent de priver le justiciable de la possibilité de faire échec à la prescription de l'article L. 243-6 du Code de la sécurité sociale. Il en résulte une ineffectivité des demandes de remboursement d'indus de cotisations. Le présent article expose l'illégalité de la situation et préconise des pistes de rétablissement d'une pratique sociale respectueuse du droit au recours effectif.

Le sociologue Robert Castel résume en peu de mots l'état actuel des protections sociales en France. Il estime qu'elles provoquent « une remontée de l'incertitude »¹ due à leur propre complexité. Sur certains points, le système de sécurité sociale constitue une menace pour les assurés. Cette affirmation déroutante est corroborée par une évolution du droit de la sécurité sociale. Le rapport annuel de la Cour de cassation souligne une difficulté majeure dans l'application de l'article L. 243-6 du Code de la sécurité sociale². Les magistrats déclarent qu'une certaine interprétation du texte méconnaît « les droits des employeurs, confrontés à la complexité de l'organisation du service public de la sécurité sociale ». L'article L. 243-6 du Code de la sécurité sociale instaure une prescription triennale pour les demandes de remboursement d'indus de cotisations. Au-delà de trois ans après la date où les cotisations ont été acquittées, la possibilité de « demander le remboursement » des cotisations indues est éteinte. Or, comme le souligne la Cour de cassation, plus de trois années sont souvent nécessaires pour obtenir un jugement créateur d'un droit à régler un taux minoré de cotisations accident du travail. Cette réalité du contentieux ne poserait aucun problème s'il existait un moyen évident de faire échec à la prescription

triennale de l'article L. 243-6 du Code de la sécurité sociale. Néanmoins, la pratique administrative des URSSAF tend à priver le justiciable de leviers capables de neutraliser la prescription de trois ans.

L'article L. 243-6 est au cœur d'une inquiétante dérive. Après une longue démarche contentieuse, le cotisant obtient un jugement créateur de droit. Ce droit nouveau n'est pas toujours suivi d'effet puisque l'URSSAF lui oppose une prescription que rien n'aura pu interrompre, sans certaines précautions. Le jugement de la République a alors la valeur d'un chiffon de papier : le justiciable ne peut se prévaloir du droit au remboursement créé par le juge.

La Cour de cassation a déclaré le 24 janvier 2013³ que la contestation par l'employeur de décisions de la caisse primaire ne fait plus échec au cours de la prescription de l'article L. 243-6 du Code de la sécurité sociale. Les entreprises déjà profondément fragilisées par la crise se confrontent à la défection des URSSAF. Celles-ci refusent de rembourser des cotisations dont le caractère indu a pourtant été révélé par des jugements de la République.

Sans respect pour la solution dégagée le 24 janvier 2013, les URSSAF désormais subordonnent le remboursement des cotisa-

1. R. Castel, *L'insécurité sociale : Seuil*, 2003, p. 39.

2. http://www.courdecassation.fr/publications_cour_26/rapport_annuel_36/

3. Cass. 2^e civ., 24 janv. 2013, n° 11-22.585 : *JurisData* n° 2013-000698 ; JCP S 2013, 1128, note C.-F. Pradel, P.-M. Pradel-Boureaux et V. Pradel.

tions indues à une nouvelle exigence : l'employeur doit avoir formé directement auprès de l'URSSAF sa « demande de remboursement » dans les trois ans stricts après le versement des cotisations. Dans cette perspective, le délai triennal s'apparente plutôt à une forclusion qu'à une prescription, puisque rien ne peut l'interrompre ou la suspendre. Cette nouvelle exigence est contraire au droit en vigueur.

1. Au stade de la contestation de la décision de la caisse primaire, aucun acte porté devant l'URSSAF n'est susceptible d'interrompre la prescription de l'article L. 243-6

A. - La demande de remboursement devant l'URSSAF est à ce stade juridiquement et matériellement impossible

Au stade de la contestation de la décision de la caisse primaire, la demande de remboursement présentée à l'URSSAF sans décision créatrice d'un droit à remboursement n'a aucun effet. Une telle « demande de remboursement » présentée par l'employeur, en l'absence de taux minoré, serait irrecevable et infondée. En effet, en l'absence de taux minoré, la demande de remboursement n'aurait aucune prise interruptive sur le cours implacable de la prescription de l'article L. 243-6. Seule la demande portant sur une **créance certaine, liquide et exigible** interrompt la prescription. La lettre circulaire de la direction de la réglementation et du recouvrement de l'ACOSS du 29 mars 2011 le rappelle : « une demande de remboursement doit donc : – porter sur une créance **certaine, liquide et exigible** dont le caractère indu a été reconnu – être accompagnée de pièces justificatives probantes (notamment point(s) de législation invoqué(s), périodes concernées, le détail du chiffrage de l'indu...). À défaut, la demande ne pourra être considérée comme interruptive de prescription »⁴.

Au stade de la contestation de la décision de la caisse primaire⁵, et donc en l'absence de taux minoré, l'indu de cotisation n'est qu'hypothétique. Il n'est consacré par aucune décision administrative ou judiciaire et n'est certainement **pas exigible**. À ce stade, cet hypothétique indu de cotisation n'est pas plus chiffré ou chiffrable : il n'est **pas liquide**. Pour la simple raison que la contestation portée devant la **caisse primaire** n'est pas une contestation chiffrée. Les conséquences pécuniaires de cette contestation ne sont également ni chiffrées, ni chiffrables immédiatement. Ces conséquences pécuniaires ne seront connues et chiffrées qu'à réception de la notification par la CARSAT d'un nouveau taux **minoré**.

Exemple 1 : Un employeur conteste devant la **caisse primaire**, non pas l'opposabilité d'un sinistre pris en charge, mais l'opposabilité d'une seconde lésion présentée comme rattachable au sinistre initial. C'est le cas d'une douleur à la cheville présentée comme liée à un lumbago initial. Au stade de la demande d'inopposabilité de la nouvelle lésion, le recours de l'employeur contre la décision de la **caisse primaire** n'a pas de portée pécuniaire chiffrée ou chiffrable

immédiate⁶. C'est à la suite d'une expertise médicale – **l'expert étant soumis au secret médical pour des raisons de libertés publiques** – que le juge déterminera le cas échéant les actes médicaux qui ne sont pas opposables à l'employeur parce que liés à la nouvelle lésion. Par jugement créateur de droit, le tribunal décidera que les lésions litigieuses sont inopposables à l'employeur. Et ce n'est **qu'à réception du taux minoré**, notifié par la CARSAT, que l'employeur pourra chiffrer l'impact pécuniaire de son action et « demander le remboursement » (Cf. CSS, art. L. 243-6) à l'URSSAF des sommes indues.

Exemple 2 : Un employeur conteste dans le délai de deux mois devant le TCI, non l'attribution d'une rente, mais uniquement la prise en compte d'un état antérieur lors de l'attribution de cette rente. Au stade de la saisine du TCI, le recours de l'employeur contre la décision de la **caisse primaire** n'a pas de portée pécuniaire chiffrée ou chiffrable immédiate⁷. La loi prévoit d'ailleurs qu'une expertise médicale sera ordonnée par le tribunal. L'expert seul – **soumis au secret médical** – déterminera les aspects des séquelles relevant de l'état antérieur contesté.

Ce n'est qu'à réception du taux de cotisation minoré, notifié par la CARSAT, que l'employeur peut chiffrer l'impact pécuniaire de son action et « demander le remboursement » des sommes indues. Mais il est matériellement impossible au stade de la contestation de la décision d'une **caisse primaire** de chiffrer un impact pécuniaire éventuel.

Ainsi, au stade de la contestation de la caisse primaire, le justiciable ne peut « demander le remboursement » des cotisations indues sans nouveau taux notifié par la CARSAT. Il ne peut agir sans cette décision et doit assister impuissant à la prescription de son droit. Cette solution contrevient à l'adage classique du droit civil⁸ qui veut que la prescription ne court pas contre celui qui ne peut agir.

B. - L'information d'un litige en cours, adressée à l'URSSAF, est tout autant inefficace

Au stade de la contestation de la décision de la caisse primaire, une simple « information d'un litige en cours » auprès de l'URSSAF et non pas une « demande de remboursement » comme le requiert l'article L. 243-6, serait encore plus inefficace pour interrompre la prescription, en l'absence d'une créance exigible et liquide. Les URSSAF improvisent pourtant depuis le 24 janvier 2013 oralement cette recommandation qui ne repose sur aucun fondement textuel. On pourrait s'étonner d'un tel conseil tant les dispositions de l'article L. 243-6 et les commentaires⁹ interdisent de donner une quelconque efficacité à cette pratique.

Ce « conseil » en est-il vraiment un ? Les URSSAF prennent conscience qu'au stade de la contestation de la caisse primaire, la « demande de remboursement » est pour l'employeur juridiquement et matériellement impossible. Le rapport de la Cour de cassation, avec euphémisme, ne dit pas autre chose. Or, le constat que la prescription de l'article L. 243-6 du Code de la sécurité sociale ne pourrait pas être interrompue ou suspendue entraînera une condamnation de la France par la Cour de Strasbourg sur le fondement des articles 6, § 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et 1^{er} du protocole additionnel relatif à la protection de la propriété. Il devient donc

4. Lettre-circ. ACOSS n° 2011-0000039.

5. L'inopposabilité des décisions de prise en charge n'a pas d'incidence sur les droits du salarié et ce en application du principe d'indépendance des rapports caisse/assuré social et des rapports caisse/employeur. Un aspect moins connu des conséquences de l'inopposabilité d'une décision de prise en charge : les dépenses afférentes à la décision sont mutualisées et financées par le collège des employeurs relevant du même « code risque » dans la branche AT/MP.

6. Ne serait-ce parce que l'employeur n'a pas accès au dossier médical de son salarié, couvert par le secret médical.

7. *Idem*.

8. « *Contra non valentem agere non currit praescriptio* » (Cf. H. Roland et L. Boyer, *Adages du droit français* : Litec, 4^e éd. 1999, p. 109).

9. Cf. Lettre-circ. ACOSS, n° 2011-0000039.