

ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE du 9 février 2007 à 9 heures

VERSION POUR EDITION

CONSEILLER-RAPPORTEUR : M. Michel BLATMAN

AVOCAT GÉNÉRAL : M. Claude MATHON

POURVOI N° : B 06-10.168

CRAM des Pays de la Loire
(Me de NERVO)

c/

Société le Balapapa et a.

*

* * *

AVIS
de Monsieur l'Avocat Général Claude MATHON

LES FAITS ET LA PROCÉDURE

L'entreprise Le Balapapa, sise à NANTES, a reçu notification de la part de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) des pays de la Loire au titre de l'exercice 1998, d'un taux de cotisation d'accident du travail de 3,30 %, conformément aux dispositions de l'article D242-6-9 du code de la sécurité sociale (article 2 du décret n°95-1109 du 16 octobre 1995). Elle est classée sous le code risque 11 923 DA, à savoir " débits des boissons (avec spectacle), sauf les artistes ".

Ce taux a été régulièrement notifié au destinataire le 24 avril 1998.

L'entreprise a formé le 30 juillet 1998 une réclamation gracieuse demandant la modification de sa classification du fait de l'augmentation du taux dont elle avait été l'objet au titre de l'exercice 1998. Il lui a été donné satisfaction avec un libellé du risque 15 927 CA " autres spectacles et services récréatifs (bal, dancing, patinage...) mais seulement à partir de l'exercice 1999, sa réclamation au titre de l'année 1998 ayant été faite au-delà du délai de deux mois prévu par l'article R143-21 du code de la sécurité sociale.

Le 24 septembre 1998, la SARL Le Balapapa a saisi d'un recours la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAT) pour réclamer la rétroactivité de ce nouveau taux à compter du 1er avril 1998. Par décision du 1er avril 1999, la CNITAT a fait partiellement droit à sa demande en acceptant l'application du nouveau taux à compter du 1er août 1998, à savoir dès le premier jour du mois civil suivant la demande.

Cette décision étant rendue en premier et dernier ressort, la CRAM a formé un pourvoi en cassation. Par arrêt du 12 juillet 2001, la décision susvisée a été cassée avec renvoi devant la même cour, autrement composée.

Par décision du 3 novembre 2005, la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail a rendu une décision conforme à celle du 1er avril 1999, ne suivant donc pas la motivation de l'arrêt rendu le 12 juillet 2001 par la Cour de cassation.

Un nouveau pourvoi a été formé par la CRAM, par acte d'avocat aux conseils, le 6 janvier 2006. Dans le mémoire ampliatif, en date du 24 avril 2006, il est reproché à l'arrêt attaqué par un moyen unique :

" D'avoir ordonné à la Caisse régionale d'assurance maladie des Pays de la Loire d'appliquer à la société LE BALAPAPA le taux attaché au code risque 92.7 CA à compter du 1er août 1998

Aux motifs que, selon l'article L 242-5 du code de la sécurité sociale, le taux de cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles était déterminé annuellement pour chaque catégorie de risques ; que le recours de l'employeur (article R 143-21 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure au décret du 3 juillet 2003) devait être formé dans le délai de deux mois à compter de la réception de la notification du taux ; que la fin de non recevoir avait un caractère d'ordre public ; qu'il était constant que la société LE BALAPAPA avait reçu la notification du taux le 24 avril 1998, avec mention des voies et délais de recours ; que la société n'avait pas formé de recours dans le délai de deux mois ; qu'elle avait adressé à la CRAM une lettre en date du 30 juillet 1998, qui ne faisait aucune allusion à la décision de tarification pour l'année 1998 ; que la règle de l'annualité du taux se trouvait précisée et restreinte par l'alinéa 3 de l'article L 242-5 du code de la sécurité sociale, qui en permettait la modification ; que cette dernière disposition n'était pas limitée à l'aggravation du risque et pouvait être appliquée en cas de minoration du risque ; que rien ne s'opposait à ce que la CRAM fasse droit à la demande de la société LE BALAPAPA dès le mois suivant ; qu'il convenait d'appliquer le taux attaché au risque 92-7 CA à compter du premier jour suivant la demande, soit le 1er août 1998 ;

Alors qu'il résulte de la combinaison des articles L 242-5 et R 143-21 du code de la sécurité sociale que, déterminé annuellement par la Caisse régionale d'assurance maladie pour chaque catégorie de risques, le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles doit être contesté par l'employeur dans les deux mois suivant sa notification ; que la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification a elle-même constaté que la société LE BALAPAPA n'avait pas contesté, dans le délai de deux mois, le taux qui lui avait été notifié le 8 avril 1998, avec indication des voies et délais de recours ; que le taux ne pouvait donc plus être remis en question par la société LE BALAPAPA au titre de l'exercice en cours ; qu'en statuant autrement, la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification a violé les articles L 242-5 et R 143-21 du code de la sécurité sociale. "

La société Le Balapapa n'a pas constitué avocat et il n'y a pas de mémoire en défense.

LE POINT DE DROIT

L'alinéa 3 de l'article L242-5 du code de la sécurité sociale (dans sa rédaction actuelle¹), aux termes duquel " Le classement d'un risque dans une catégorie peut être modifié à toute époque " permet-il de réviser, malgré le principe d'annualité fixé par l'alinéa 1, le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail pour l'année en cours, alors que la

¹ Avant la modification du texte par la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997, il s'agissait de l'alinéa 2 (cf tableau explicatif en annexe).

décision l'ayant fixé est devenue définitive, faute pour l'employeur d'avoir exercé son recours gracieux dans le délai de deux mois prévu par l'alinéa 5 de l'article R143-21 du même code.

LES TEXTES

Les textes applicables sont les suivants :

Article L242-5 du code de la sécurité sociale :

" Le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est déterminé annuellement pour chaque catégorie de risques par la caisse régionale d'assurance maladie d'après les règles fixées par décret.

Les risques sont classés dans les différentes catégories par la caisse régionale, sauf recours, de la part soit de l'employeur, soit de l'autorité administrative, à la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, prévue à l'article L. 143-3, laquelle statue en premier et dernier ressort.

Le classement d'un risque dans une catégorie peut être modifié à toute époque. L'employeur est tenu de déclarer à la caisse régionale toute circonstance de nature à aggraver les risques.

Dans des conditions fixées par décret, la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles fixe les éléments de calcul des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles conformément aux conditions générales de l'équilibre financier de la branche déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale ;

La délibération de la commission est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale avant le 31 janvier de chaque année ;

Si la commission n'a pas délibéré à cette date ou n'a pas retenu des éléments de calcul conformes aux dispositions du quatrième alinéa, l'autorité compétente de l'État les détermine par arrêté ;

Si les mesures prises en application du présent article ne permettent pas d'assurer la couverture des charges de gestion, l'équilibre de la branche tel que résultant de la loi de financement de la sécurité sociale doit être maintenu ou rétabli par un prélèvement sur les excédents financiers ou, à défaut, par une modification des éléments de calcul des cotisations. "

Article R143-21 du code de la sécurité sociale :

" Le recours de l'employeur mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 242-5, à l'article L. 242-7 et au sixième alinéa de l'article L. 452-2, est introduit dans le délai de deux mois à compter de la date de réception de la notification par la caisse régionale d'assurance maladie de sa décision concernant les taux d'accident du travail, les ristournes, les cotisations supplémentaires et la contribution prévue à l'article L. 437-1.

Le recours du directeur régional mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 242-5 et à l'article L. 242-7 est introduit dans le même délai à compter du jour de la décision.

Le recours de l'employeur prévu aux articles L. 751-16, L. 751-21 et R. 751-71 du code rural ainsi que le recours du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole prévu à l'article L. 752-19 du même code sont introduits dans le délai de deux mois à compter respectivement de la date de réception de la notification par la caisse de mutualité sociale agricole de sa décision concernant les taux d'accidents du travail, les ristournes et les cotisations supplémentaires ou de la date de notification de sa décision de classement de l'exploitation ou de l'entreprise agricole dans une des catégories de risque retenues par le ministre chargé de l'agriculture.

Le recours du chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles mentionné aux articles L. 751-16, L. 751-21 et L. 752-19 du code rural est introduit dans le même délai à compter du jour de la décision.

Au cas où le requérant aurait, au préalable, dans les conditions de délai indiquées aux quatre alinéas précédents, saisi, selon le cas, la caisse régionale d'assurance maladie ou la caisse de mutualité sociale agricole d'une réclamation gracieuse, le délai de recours devant la cour court du jour où est notifiée la décision de la caisse sur le recours gracieux. Toutefois, si à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de l'introduction du recours gracieux, l'intéressé n'a pas reçu notification d'une telle décision, le recours doit être regardé comme rejeté et le délai imparti pour saisir la cour court du jour où intervient cette décision implicite de rejet. "

Ces textes ont subi diverses modifications au cours des années passées mais il s'agit de modifications de détail qui n'affectent en rien leur application au présent litige.

Article D242-6 du code de la sécurité sociale :

" Le décret mentionné aux premier et quatrième alinéas de l'article L. 242-5 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget. L'autorité compétente pour introduire le recours prévu au deuxième alinéa de l'article L. 242-5 est le directeur régional des affaires sanitaires et sociales. L'arrêté prévu au dernier alinéa de l'article L. 242-5 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et par le ministre chargé du budget. "

Article L143-1 du code de la sécurité sociale :

*" Il est institué une organisation du contentieux technique de la sécurité sociale.
Cette organisation règle les contestations relatives :*

1°) à l'état ou au degré d'invalidité, en cas d'accident ou de maladie non régie par le livre IV du présent code et à l'état d'inaptitude au travail ;

2°) à l'état d'incapacité permanente de travail et notamment au taux de cette incapacité, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;

3°) à l'état d'incapacité de travail pour l'application des dispositions du livre VII du code rural autres que celles relevant soit du contentieux général de la sécurité sociale, soit des juridictions de droit commun en vertu des articles 1169, 1234-17 et 1234-25 du code rural ;

4°) aux décisions des caisses de base du régime social des indépendants et des caisses de mutualité sociale agricole concernant, en matière d'accident du travail agricole et non agricole, la fixation du taux de cotisation, l'octroi de ristournes, l'imposition de cotisations supplémentaires et, pour les accidents régis par le livre IV du code de la sécurité sociale, la détermination de la contribution prévue à l'article L. 437-1 du présent code.

Les dispositions des 1° à 3° du présent article ne sont pas applicables aux accidents du travail survenus et aux maladies professionnelles constatées dans l'exercice des professions agricoles dans les départements autres que ceux du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. "

Article L143-3 du code de la sécurité sociale :

" Les contestations mentionnées aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 143-1 sont portées en appel devant une Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail composée d'un président, magistrat du siège de la cour d'appel dans le ressort de laquelle la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail a son siège, désigné pour trois ans dans les formes prévues pour la nomination des magistrats du siège, de présidents de section, magistrats du siège de ladite cour d'appel désignés pour trois ans par ordonnance du premier président prise avec leur consentement et après avis de l'assemblée générale des magistrats du siège et d'assesseurs représentant les travailleurs salariés, d'une part, et les employeurs ou travailleurs indépendants, d'autre part. "

1. LE SYSTÈME DE DÉTERMINATION DU TAUX DE COTISATION

La cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est de longue date à la charge exclusive de l'employeur. Ce principe découle directement de la loi du 9 avril 1898 qui mettait la réparation forfaitaire des accidents du travail à la charge des employeurs, lesquels s'assuraient à cet effet auprès des compagnies d'assurances. La protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles et leur prévention sont aujourd'hui également régies par les conventions internationales et sont devenues des principes supérieurs du droit du travail.

La loi du 30 octobre 1946 a transféré la gestion du risque d'accidents du travail à la sécurité sociale. C'est la caisse régionale d'assurance maladie qui fixe le montant des cotisations pour chaque entreprise. En contrepartie et sauf faute inexcusable ou intentionnelle, l'employeur est déchargé de toute responsabilité civile de droit commun.

L'article L132 de l'ancien code de la sécurité sociale (c'est-à-dire antérieur à la codification résultant du décret 85-1353 du 17 décembre 1985) avait repris ce principe en énonçant que " la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est à la charge exclusive de l'employeur ". Si ce principe n'est pas repris de façon aussi explicite par l'article L242-5 du code de la sécurité sociale actuellement applicable, il n'en reste pas moins que cette charge incombe toujours à l'employeur.

Le système de tarification a pour but :

- d'assurer annuellement l'équilibre financier de la branche,
- de mutualiser les risques du travail selon des règles équitables, en sorte que la survenance accidentelle de dommages corporels graves ne mette pas en péril la viabilité de l'entreprise,
- d'inciter les entreprises à se préoccuper de l'impact économique interne de la sécurité au travail.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) fixe à travers un organisme paritaire, la Commission des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles, elle-même assistée de Comités Techniques nationaux " les éléments de calcul des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, conformément aux conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale " (article L 242-5 du code de la sécurité sociale, alinéa 4 dans sa version actuellement applicable).

1.1 La détermination du taux de cotisation

Le système, réformé par le décret n° 95-1109 du 16 octobre 1995 et défini par les articles D242-6 et suivants du code de la sécurité sociale, est assez complexe mais peut se résumer aux principes suivants :

Les risques n'étant pas les mêmes d'une entreprise à l'autre (il n'y a par exemple aucune commune mesure entre un dancing et une entreprise de travaux publics), il y a une sorte d'individualisation au niveau de la détermination des taux de cotisation :

- Pour les entreprises employant moins de 10 salariés, ceux-ci sont définis de façon collective chaque année, par arrêtés ministériels pris après avis des comités techniques nationaux intéressés.
- Pour les établissements d'une certaine importance (plus de 200 salariés), il existe une tarification individuelle.
- Pour les entreprises comprises entre ces deux catégories, il existe une tarification mixte². La société Le Balapapa, dont l'effectif moyen est de 18 salariés, entre dans cette catégorie. Il ne paraît pas utile d'entrer dans le détail de l'établissement, par ailleurs assez complexe, du taux de cotisation dans la mesure où ce n'est pas l'objet du présent litige.

Des règles spécifiques ont donc dû être définies pour calculer les effectifs des établissements concernés.

Ceux-ci sont par ailleurs classés dans le cadre de la nomenclature d'activités établie par l'I.N.S.E.E. et affectés d'un numéro de risque compte tenu de la nature de l'activité exercée.

Les caisses régionales d'assurance maladie, assistées de comités techniques régionaux, organismes paritaires établis par branches ou groupes d'activités, outre un rôle actif en matière de prévention, opèrent la classification des établissements et notifient aux employeurs par lettre recommandée le taux de cotisation qu'ils doivent acquitter. Elles peuvent accorder des ristournes ou imposer des cotisations supplémentaires pour tenir compte, selon le cas :

- soit des mesures de prévention ou de soins prises par l'employeur; le système mis en place est en effet fondé sur la prévention des accidents du travail,
- soit des risques exceptionnels présentés par l'exploitation révélés par une infraction relevée par l'inspecteur du travail ou résultant d'une inobservation des mesures de prévention (article L242-7 du code de la sécurité sociale).

Les employeurs peuvent donc être amenés, afin de réduire leurs charges, à demander à être classifiés dans une catégorie plus favorable, ne serait-ce que parce que l'activité de leur entreprise a évolué ou a fait l'objet d'une appréciation erronée. En effet, leur

² Traité de sécurité sociale sous la direction de Yves SAINT-JOURS - Tome III - Les accidents du travail - L.G.D.J. 1982

cotisation résulte de l'application, assez complexe, d'un pourcentage sur l'ensemble de la masse salariale.

De la même manière, le système doit être conçu de façon à être réactif dans la mesure où il doit y avoir une adéquation aussi proche que possible de la réalité entre le risque d'accident du travail ou de maladie professionnelle dans une entreprise et sa couverture.

Enfin, il peut y avoir un désaccord entre l'organisme de sécurité sociale et l'entreprise sur la classification de celle-ci.

Chaque année, les taux évoluent en fonction des résultats statistiques et financiers des accidents du travail et maladies professionnelles, obtenus soit au niveau national pour la tarification collective, soit par établissement pour les tarifications individuelle ou mixte. Aux termes de l'article D242-6-3³ du code de la sécurité sociale, cette évolution est calculée sur une période dite " des trois dernières années connues ". Un contentieux relatif à la qualification professionnelle d'un accident ou d'une maladie peut se développer.

Les règles relatives à la détermination du taux de cotisation ont un caractère impératif et d'ordre public (Soc. 24 juin 1976 - Bull. civ. V, n° 398, p. 327).

³ "Le taux brut est calculé d'après le rapport de la valeur du risque propre à l'établissement à la masse totale des salaires payés au personnel, pour les trois dernières années connues. Ne sont pas compris dans la valeur du risque les dépenses liées aux accidents du trajet visés à l'article L. 411-2 et les frais de rééducation professionnelle visés à l'article L. 431-1.

La valeur du risque, telle que définie ci-dessus, comprend :

1° La totalité des prestations et indemnités, autres que les rentes, versées au cours de la période triennale de référence ; les indemnités en capital sont affectées d'un coefficient fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ; sont exclues les indemnités en capital versées après révision du taux d'incapacité permanente des victimes ;

2° Les capitaux représentatifs des rentes notifiées au cours de la période triennale de référence aux victimes atteintes, à la date de consolidation initiale de leur état de santé, d'une incapacité permanente afférente à l'accident ou à la maladie concernés, à l'exception de l'incapacité permanente reconnue après rechute ;

3° Les capitaux correspondant aux accidents et maladies mortels dont le caractère professionnel a été reconnu au cours de la même période, que la victime ait ou non laissé des ayants droit.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les bases d'évaluation forfaitaire des capitaux visés respectivement aux 2° et 3° ci-dessus.

Les dépenses engagées par les caisses d'assurance maladie par suite de la prise en charge de maladies professionnelles constatées ou contractées dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ne sont pas comprises dans la valeur du risque propre d'un établissement, mais inscrites à un compte spécial.

Lorsque des recours sont engagés contre les tiers responsables d'accidents du travail, le montant des prestations et indemnités afférentes à ces accidents du travail est déduit du compte employeur au titre des années concernées au prorata du pourcentage de responsabilité mis à la charge du tiers responsable par voie amiable ou contentieuse.

L'ensemble des dépenses constituant la valeur du risque est pris en compte par les caisses régionales d'assurance maladie dès que ces dépenses leur ont été communiquées par les caisses primaires, sans préjudice de l'application des décisions de justice ultérieures.

Le montant des prestations et indemnités afférentes aux accidents du travail résultant d'une agression perpétrée au moyen d'armes à feu ou d'explosifs n'est pas imputé au compte de l'employeur lorsque celle-ci est attribuable à un tiers qui n'a pu être identifié. "

Pour se situer au plus près des réalités, c'est la notion d'établissement qui est privilégiée par rapport à celle d'entreprise. Il doit également être tenu compte de la pluralité d'activités au sein d'un même établissement.

1.2 Le principe de l'annualité de la détermination du taux de cotisation

C'est ce qu'organise l'application combinée des articles L242-5 et R143-21 du code de la sécurité sociale, qui posent le principe de l'annualité de la détermination du taux de cotisation : le taux est fixé chaque année pour une durée de " un an ".

C'est ce qu'a rappelé la Cour le 12 juillet 2001 dans son arrêt de cassation rendu dans la présente affaire, confirmant ainsi sa jurisprudence habituelle.

Ce principe doit cependant connaître certains aménagements de façon à permettre la réactivité ci-dessus évoquée. C'est pourquoi un recours est prévu contre la décision de la caisse de sécurité sociale mais aussi la possibilité de " modifier à toute époque " le classement d'un risque.

1.2.1 Le recours contre la décision de la caisse :

Aux termes de l'alinéa 2 de l'article L242-5, dans sa rédaction actuelle, " *les risques sont classés dans les différentes catégories par la caisse régionale, sauf recours, de la part soit de l'employeur, soit de l'autorité administrative, à la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, prévue à l'article L143-3, laquelle statue en premier et dernier ressort.* "

La procédure est régie par l'article R143-21 du code de la sécurité sociale qui dans sa version applicable actuellement, comme à l'époque de la présente affaire⁴, prévoit que " *Le recours de l'employeur mentionné au deuxième alinéa de l'article L242-5, ..., est introduit dans le délai de deux mois à compter de la date de réception de la notification par la caisse régionale d'assurance maladie de sa décision concernant les taux d'accident du travail, les ristournes, les cotisations supplémentaires et la contribution prévue à l'article L437-1⁵.* "

⁴ La seule modification concerne la référence, dans le texte actuel, au deuxième alinéa de l'article L242-5, suite à la modification de celui-ci par la loi du 97-1164 du 19 décembre 1997 qui a scindé en deux le premier alinéa. L'article R143-21 a été lui-même été " mis à niveau " par le décret 2003-614 du 3 juillet 2003 pour tenir compte de cette modification de pure forme.

⁵ "La réparation des accidents régis par le présent livre est supportée intégralement par les caisses primaires d'assurance maladie sans donner lieu à intervention du fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole. La couverture des charges qui incombent au fonds commun susmentionné est assurée par la caisse nationale de l'assurance maladie avec le concours des employeurs autres que l'État, assumant directement en vertu de la législation antérieure au 13 mai 1960 la charge totale ou partielle de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. La contribution de ces derniers est calculée et versée dans les conditions et suivant les modalités fixées

Ce même texte prévoit également dans son dernier alinéa la possibilité d'une " réclamation gracieuse " auprès de la caisse régionale d'assurance maladie. Dans cette hypothèse, " *le délai de recours devant la cour court du jour où est notifiée la décision de la caisse sur le recours gracieux.* "

Le texte ajoute que " si à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de l'introduction du recours gracieux, l'intéressé n'a pas reçu notification d'une telle décision, le recours doit être regardé comme rejeté et le délai imparti pour saisir la cour court du jour où intervient cette décision implicite de rejet. "

Il s'agit donc d'une phase juridictionnelle, éventuellement précédée d'une phase gracieuse, strictement réglementée. La Cour de cassation a déjà eu à décider que le recours gracieux présenté tardivement est irrecevable (Soc. 21 novembre 1984 - Bull. civ. 1984, V, n° 454) ou ne peut être accueilli (Soc. 9 mars 2000 - Bull. civ. 2000 - V - n° 94, p. 73). La décision ne peut plus être remise en question, que ce soit par voie d'exception (Soc. 6 juillet 1981 - Bull. civ. V, n° 652) ou d'une action en répétition de l'indu (Soc. 4 avril 1973 - Bull. civ. 1973 V, n° 221). A l'exemple d'une décision de Justice, la décision de la caisse devient " définitive " et ne peut plus être remise en cause (Soc. 29 juin 1966 - Bull. civ. 1966, n° 655).

1.2.2 La modification à toute époque du classement d'un risque :

L'alinéa 3 de l'article L242-5 du code de la sécurité sociale prévoit que " Le classement d'un risque dans une catégorie peut être modifié à toute époque. L'employeur est tenu de déclarer à la caisse régionale toute circonstance de nature à aggraver les risques. "

Le principe de l'annualité de la détermination du taux de la cotisation peut en effet, même si cette période de référence est relativement courte, présenter des inconvénients en cas de modification dans la situation de l'employeur, notamment si une modification dans son activité entraîne une aggravation du risque d'accident ou de maladie professionnelle. Il est alors nécessaire d'adapter le taux de cotisation à cette rupture du risque. En cas d'omission, de dissimulation ou de déclaration tardive, le reclassement peut être rétroactif, malgré la règle de l'annualité.

Cette rupture du risque peut résulter d'une modification profonde des techniques de fabrication (Cass. soc., 21 avr. 1961 : Bull. civ. V, n° 441), d'un changement significatif du matériel utilisé et des effectifs (Cass. soc., 11 janv. 1984 : Bull. civ. V, n° 12), du changement de nature de l'activité, comme le passage de la production à la commercialisation (Cass. soc., 8 oct. 1998, CRAM Rhône-Alpes c/ Sté Ricard : Juris-Data n° 003892)⁶.

par arrêté ministériel "

⁶ JurisClasseur Protection sociale - Fasc. 315 : ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES.
- Cotisations - n° 67

Il convient d'observer que le texte ne vise expressément que la déclaration de l'aggravation du risque. La doctrine⁷ considère toutefois qu'il convient de prendre en compte toutes les circonstances, y compris celles concernant l'allègement du risque. Elle se réfère à une décision de la Cour de cassation qui a décidé qu'il appartient à l'employeur qui entend se prévaloir d'une restructuration, en l'espèce de la fermeture d'un de ses établissements, de démontrer qu'elle a modifié la nature du risque dans l'entreprise (Cass. Soc. 18 février 1999 - Bull. civ. V, n°83).

1.3 Le contentieux de la détermination du taux de cotisation : la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAT)

C'est la caisse régionale du lieu de l'établissement qui est compétente non seulement pour fixer le taux de cotisation mais pour recevoir, dans le délai de deux mois de la notification de sa décision, le recours gracieux, en cas de désaccord de l'employeur. Le silence de la caisse pendant un délai de deux mois vaut décision implicite de rejet. Il a été jugé que si une caisse régionale, après avoir rejeté une réclamation, pour avoir été formulée hors du délai réglementaire, en reprend l'examen, elle renonce implicitement par là même à se prévaloir de la forclusion de ce délai (Cass. Soc., 1er juill. 1987 : Bull. civ. V, n° 434).

Aux termes des articles L143-1 et suivants et R143-21 du code de la sécurité sociale, les contestations relatives aux décisions des caisses régionales liées aux modalités techniques de la tarification (mode de tarification, classement des établissements, rupture du risque, établissements distincts ou nouvellement créés, taux applicable, ristournes et cotisations complémentaires...) sont portées dans le délai habituel de deux mois - éventuellement interrompu par un recours amiable - devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, autrefois appelée Commission nationale technique qui juge en premier et dernier ressort (article L143-4 du code de la sécurité sociale).

La compétence de la Cour nationale est, dans la pratique, fréquemment limitée par celle préjudicielle, des juridictions du droit commun de la sécurité sociale. Cette cour ne peut que décliner sa compétence ou, selon le cas, surseoir à statuer lorsque l'objet du litige se rapporte :

- soit à l'existence ou au caractère professionnel de l'accident imputé au compte employeur ((Cass. soc., 4 oct. 1979, Michelin c/ CPAM Puy-de-Dôme : Bull. civ. V, n° 700. - 16 mars 1988 : Bull. civ. V, n° 177) ;
- soit à l'assiette ou au recouvrement des cotisations (Cass. soc., 12 oct. 1982, Groupe armateurs de Lorient c/ URSSAF Lorient : Bull. civ. V, n° 547. - 15 nov. 1990, Sté Silmek c/ URSSAF Somme : Bull. civ. V, n° 562).

⁷ JurisClasseur Protection sociale - Fasc. 315 : ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES. - Cotisations - n° 174

La compétence de la Cour se limite donc au " contentieux technique " de la sécurité sociale et ne concerne pas le " contentieux général " qui est justiciable des Tribunaux des Affaires de Sécurité Sociale et des Cours d'appel.

La CNITAT est bien évidemment soumise aux exigences de l'article 6 § 1 la Convention européenne des droits de l'homme relatives à l'exigence d'un tribunal impartial, au principe du contradictoire, au délai raisonnable. Les règles relatives à son organisation, sa compétence et sa procédure ont été réformées, en conséquence de décisions de la Cour de cassation, par la loi 2002-73 du 17 janvier 2002, un décret du 3 juillet 2003 et l'ordonnance 2005-656 du 8 juin 2005 (Assemblée plénière - 22 décembre 2000 - 5 arrêts - Bull. civ. 2000 - AP n° 12, p. 21).

Les recours, non contre les décisions des caisses régionales mais contre les actes des autorités administratives locales intervenant dans les procédures de la tarification, relèvent de la juridiction administrative. La CNITAT ne peut apprécier ni la légalité ni même le bien-fondé des taux fixés par les ministres compétents notamment à l'occasion des arrêtés annuels fixant les barèmes nationaux de la tarification collective.

2. L'APPLICATION À L'ENTREPRISE LE BALAPAPA

2.1 La détermination du taux

En l'espèce, si l'on se réfère au barème fixé par l'arrêté du 16 mars 1998 (modifiant l'arrêté du 17 octobre 1995 relatif à la tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles et fixant les tarifs des cotisations d'accidents du travail et maladies professionnelles des activités professionnelles relevant du régime général de la sécurité sociale), l'entreprise Le Balapapa, classifiée CTN 11 - 92.3 DA (débits de boissons avec spectacle, sauf les artistes) se voyait appliquer un taux collectif de 4,90 % alors qu'en obtenant de se voir classifiée CTN 15 - 92.7 CA (autres spectacles et services récréatifs - bal, dancing, patinage, curiosités naturelle, spectacles son et lumière...-), elle ne se voyait plus appliquer qu'un taux collectif de 1,70 %. La différence entre les deux taux est éloquente quant à l'intérêt de sa démarche, même si, soumise au mode de tarification mixte, ceux-ci n'étaient retenus que pour partie (de 4,90 % à 3,30 % en ce qui concerne le taux de classification contesté).

La CRAM a fait connaître son accord pour appliquer le nouveau taux sollicité à partir du 1er janvier 1999. La CNITAT a ramené cette date au 1er août 1998. C'est l'objet du litige. Si son intérêt peut paraître réduit pour l'entreprise, qui n'a d'ailleurs pas déposé de mémoire en défense, il n'en va pas de même pour la CRAM, en raison du nombre des entreprises susceptibles de se trouver dans une situation similaire.

2.2 Le contentieux de la détermination du taux

2.2.1 Le rappel des décisions déjà rendues

La société Le Balapapa a reçu notification de son classement le 24 avril 1998, avec effet au 1er avril 1998. Elle a formé un recours gracieux le 30 juillet 1998 et contesté le taux qui lui était appliqué en considérant qu'elle aurait dû bénéficier du taux collectif de 1,70 %. Ces dates ne sont pas contestées.

Le 5 août 1998, telle que cela est rapporté dans la décision entreprise, la caisse régionale d'assurance maladie a fait connaître à la société requérante :

- *" qu'après étude de son dossier, elle retenait désormais le classement de son activité sous le code risque 92.7 CA " Autres spectacles et services récréatifs (bal, dancing, patinage, curiosités naturelles, spectacles son et lumière, parcs zoologiques privés, parcs d'attraction et de loisirs, exploitations de jeux automatiques, etc.) " relevant du Comité Technique National n° 15 des activités du groupe interprofessionnel,*
- *que, toutefois, cette nouvelle situation ne prendra effet qu'à compter du prochain exercice, soit 1999,*
- *qu'en effet, la société Le Balapapa ayant reçu sa notification pour 1998, le 24 avril 1998, sa requête du 30 juillet 1998 a été rédigée hors du délai de deux mois prévu par l'article R143-21 du code de la sécurité sociale,*
- *qu'en conséquence, la tarification 1998 est devenue définitive et le taux de 3,30 % ne peut être que confirmé. "*

Le 29 septembre 1998, la société Le Balapapa a saisi la CNITAT afin d'obtenir l'application du nouveau taux au 1er avril 1998, c'est-à-dire à la date d'application du taux contesté.

Comme il a déjà été dit, la CNITAT, dans la décision datée du 3 novembre 2005 attaquée par le présent pourvoi a donné partiellement raison à l'entreprise en fixant au 1er août 1998 l'application du nouveau taux. Elle a motivé sa décision :

- tout d'abord en constatant que la société Le Balapapa a saisi la caisse régionale d'assurance maladie au-delà du délai de deux mois prévu par l'article R143-21 du code de la sécurité sociale ;
- elle a ensuite observé, ce qui n'avait pas été fait dans la première décision rendue, que la lettre du 30 juillet 1998 ne " faisait aucune allusion à la décision de tarification notifiée au titre de l'année 1998 " et devait donc en conséquence " s'analyser en une nouvelle demande de modification du taux " ;
- elle a affirmé que " la règle dite de l'annualité du taux tirée de l'alinéa 1er de l'article L242-5 du code de la sécurité sociale se trouve précisée et restreinte par l'alinéa 3 du même article qui en permet la modification ", ajoutant que " que cette dernière disposition n'est pas limitée à l'aggravation du risque et peut être appliquée en cas de minoration du risque " ;

- elle en a déduit que " le classement d'un risque dans une catégorie pouvant être ainsi modifié à toute époque, rien ne s'opposait à ce que la caisse régionale d'assurance maladie des Pays de la Loire fasse droit à la demande dès le mois suivant ", c'est-à-dire le 1er août 1998.

Cette motivation ne diffère que très légèrement de celle qui a été développée dans la décision du 1er avril 1999 de la CNITAT et qui a été cassée par l'arrêt du 12 juillet 2001.

Dans cette première décision, la CNITAT avait décidé que la décision de la CRAM, régulièrement notifiée, qui n'avait pas été contestée, avait " *acquis l'autorité de la chose jugée et ne pouvait plus être remise en cause pour quelque motif que ce soit* ;

Que dès lors, la Caisse régionale ne pouvait accéder à la demande de l'employeur tendant à obtenir la rétroactivité de sa nouvelle tarification au 1er avril 1998 ".

Elle ajoutait que " le principe de l'annualité du taux posé par le premier alinéa de l'article L242-5 du code de la sécurité sociale ne saurait s'opposer à l'application du deuxième alinéa de cet article qui prévoit la possibilité de modifier le classement d'un risque dans une catégorie à toute époque ;

Qu'en l'espèce, la demande en ce sens souscrite le 30 juillet 1998 par la société Le Balapapa doit donc être prise en considération pour la fixation du taux de l'année 1998 dès le 1er jour du mois civil suivant cette demande, soit le 1er août 1998 ;

Qu'en conséquence, le recours de la société doit être partiellement admis ".

Dans son arrêt de cassation du 12 juillet 2001, la Cour a relevé " *qu'en statuant ainsi, tout en relevant le caractère définitif du taux notifié le 8 avril 1998, lequel, n'ayant pas été contesté dans le délai fixé à l'article R143-21 du code de la sécurité sociale, ne pouvait plus être remis en question au titre de l'exercice en cours, la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification a violé les textes susvisés "*.

2.2.2 L'analyse de la décision entreprise

Le problème posé est en définitive celui de savoir si la lettre du 30 juillet 1998 de la société Le Balapapa s'analyse en un recours ou en une nouvelle demande. Dans le premier cas, il a été formé hors du délai de deux mois et il ne peut être admis ; dans le second cas, la seule discussion porte sur le point de savoir si le nouveau taux doit s'appliquer le 1er janvier 1999, comme l'a admis la CRAM, ou le 1er août 1998, comme l'a décidé la CNITAT. Cela impose de définir le problème de l'annualité de la détermination du taux.

Il convient tout d'abord de remarquer que la motivation de la CNITAT selon laquelle l'alinéa 3 de l'article L242-5 du code de la sécurité sociale viendrait nécessairement " préciser et restreindre " la règle de l'annualité posée par l'alinéa 1er est une simple affirmation, non étayée par aucune référence, notamment à une quelconque jurisprudence, à une pratique ou aux travaux qui ont précédé le vote et la publication du texte. Comme il a été analysé ci-dessus, l'exception à la règle de l'annualité ne se justifie que par la

nécessité de tenir compte d'une modification, en cours d'exercice, de la situation de l'employeur pouvant conduire à une rupture du risque. Le texte précise d'ailleurs qu'il s'agit d'une aggravation du risque, même s'il paraît donc communément admis qu'il peut aussi s'agir d'une diminution.

En l'espèce, il n'est pas contesté que la société Le Balapapa n'a pas fait état d'une modification de sa situation, comme le nécessite l'alinéa 3 de l'article L242-5 du code de la sécurité sociale. Elle a seulement contesté la classification qui lui était appliquée. Sa demande ne saurait dès lors être considérée comme nouvelle mais bien comme un recours. Cela résulte de la lecture des lettres des 30 juillet et 24 septembre 1998 qui ont été soumises, à l'initiative du parquet, au débat contradictoire.

Pour affirmer le contraire, la CNITAT a retenu le fait que la lettre de 30 juillet 1998 ne " faisait aucune allusion à la décision de tarification notifiée au titre de l'année 1998 ". Cependant, cette lettre a été complétée par celle du 24 septembre 1998 (recours contentieux) dont les termes ont été partiellement repris par la première décision (cassée) du 1er avril 1999 de la CNITAT (page 3). Celle-ci fait référence sans équivoque au fait que la lettre du 30 juillet précédent était bien un recours. En effet, l'employeur justifie son retard pour le former en écrivant " qu'entre l'information de la possibilité de modifier son taux, le contrôle de cette information, l'ignorance du délai de deux mois et sa réaction compte tenu de sa charge de travail, le délai était passé ". Elle en appelle à " toute la compréhension " de la CNITAT.

La lettre du 30 juillet 1998 apparaissant dès lors à l'évidence comme un recours qui n'a donc pas été formulé dans le délai de deux mois prévu par l'article R143-21 du code de la sécurité sociale, le taux notifié le 8 avril 1998 ne pouvait plus être remis en cause au titre de l'exercice en cours, ainsi que l'a décidé la Cour dans son arrêt de cassation du 12 juillet 2001.

Il ne pouvait pas plus être retenu comme une nouvelle demande, faute de modification dans la situation de l'employeur, ainsi que cela a été démontré ci-dessus.

*

* * *

EN CONCLUSION,

1. La société Le Balapapa a effectivement formé un recours gracieux le 30 juillet 1998 contre la décision de la CRAM dont elle avait reçu notification le 24 avril 1998 ;

2. Ce recours n'ayant pas été formé dans le délai de deux mois prévu par l'article R143-21 du code de la sécurité sociale était irrecevable ;
3. En application du principe de l'annualité de la détermination du taux de cotisation due au titre des accidents du travail, prévu par l'article L242-5 du même code, le taux fixé au titre de l'année 1998 ne pouvait plus être remis en cause ;
4. Le recours pouvait être considéré comme une nouvelle demande mais au titre de l'exercice suivant ;
5. L'employeur n'ayant revendiqué aucune modification de sa situation dans ses requêtes des 30 juillet et 24 septembre 1998, la disposition de l'article L242-5 selon laquelle "*le classement d'un risque peut être modifié à toute époque*" était inapplicable en l'espèce.

En conséquence, la décision rendue le 3 novembre 2005 par la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAT) encourt à nouveau la cassation.