

DROIT DE LA SECURITE SOCIALE

Droit de la sécurité sociale.

Xavier Pretot.

Introduction.

l) Origines historiques.

==> Origines et grandes étapes de la construction du système de Sécurité Sociale.

1898 : accord relatif aux accidents du travail.

Définition théorique Sécurité Sociale.

Dispositif qui permet de couvrir les risques sociaux.

Sociaux :

- car ces risques sont pris en charge par la Société : Etat, mutualité.
- Pris en charge des risques concernant les salariés : question sociale du 19é.

Définition juridique Sécurité Sociale.

- **Définition internationale** : Norme minimale 102 de l'Organisation Internationale du Travail : assez faible pour que le maximum de pays puisse y adhérer. Elle énumère différents risques
 - o Santé : maladie :
 - couverture des soins
 - perte de gains liée à la maladie.
 - o Travail
 - Accident de travail
 - Chômage
 - o Age
 - Retraite
 - o Décès
 - Prestation de survivants.
 - o Charge familiales.
- **Définition nationale** : France :
 - o Santé
 - o Accidents de travail
 - o Retraite
 - o Décès (aspect survivant est assez mal traité en Droit français)

- Charges familiales

Le chômage n'y entre pas. La France dispose pourtant d'un dispositif de couverture assez favorable mais il est extérieur.

Problème de la couverture : elle est universelle dans certains pays : elle couvre toute la population.

En France c'est uniquement le cas pour les prestations familiales.

Systèmes sont de moins en moins étatiques.

Introduction générale : les origines historiques.

Les réflexions et applications qui ont conduit à la naissance de la Sécurité Sociale sont apparues au cours de la deuxième moitié du 19^e siècle. Avant cela, le problème de la prise en charge des risques est relativement simple :

- Famille
- Eglises
- Etat

Ex : hôpital : lieu de soin, pendant longtemps c'était le lieu où l'on accueillait que des pauvres.

On faisait alors reposer la prise en charge des risques sociaux sur les institutions existantes malgré leur limites.

Début 19^e siècle :

- Révolution industrielle
- Loi Le Chapelier : ==> Individualisme juridique.

Elles vont aboutir à faire disparaître différents mécanismes existant : plus de solidarité dans les métiers notamment.

Les Eglises perdent aussi de leur capacité d'action car ont perdu leurs biens.

Etat : avènement du libéralisme économique, il ne doit pas trop s'impliquer.

Les mécanismes antérieurs disparaissent donc ou voient leur capacité d'action réduire.

Nouvelle catégorie : travailleur salarié.

Contrat de louage où il est seul face à un employeur qui se trouve en position de force.

Une partie de la population très pauvre ne peut plus se protéger des risques sociaux par elle-même car suspension des rassemblements et faibles salaires.

==> Se développent des courants d'idée pour adopter des dispositifs qui se généraliseront progressivement à tous les salariés et cadres.

1) La protection contre les accidents du travail.

Ils sont souvent liés au machinisme, la RI développent les premières machines qui causent de nombreux accidents.

Que faire en cas d'accident du travail ?

==> Responsabilité civile : nécessité de démontrer que l'employeur a commis une faute, il fallait alors faire un procès et pouvoir démontrer cette faute. Imputabilité de l'accident.

Salarié doit donc aller devant le tribunal contre son employeur : onéreux et difficile.

La voie de la responsabilité civile s'avère bouchée pour des raisons de fond (faute) et de forme (tribunal).

On cherche donc à créer un système de responsabilité à part.

==> Institution d'un régime spécial de responsabilité par la loi du 9 avril 1898.

= premier dispositif d'application étendue.

Juridiquement : pas une loi de Sécurité Sociale mais de responsabilité civile.

2 principes :

- **Responsabilité de l'employeur aux risques** : dès lors qu'il y a un accident du travail, l'employeur doit en assumer le risque.

- **Réparation forfaitaire** (=partielle) couvre les soins et perte de capacité de gain.

Lors l'accident est lié à une faute inexcusable de l'employeur ==> possibilité pour le salarié d'avoir une réparation complémentaire.

Les employeurs s'assurent.

1905 : Législateur a alors ouvert aux salariés la faculté d'agir directement contre l'assureur.

==> **Rapport triangulaire** entre l'employeur, le salarié et l'assureur.

1946 : on remplace l'assureur par la caisse de Sécurité Sociale.

Jusqu'en 1946, le dispositif est donc un dispositif de responsabilité civile.

2) Les assurances sociales.

Pour des risques comme la maladie, la vieillesse, le décès.

==> Mutualisation du risque (différent des mutuelles).

Elle est intervenue sur une **base volontaire** en créant des **caisses de secours mutuels**.

Elles ont des moyens limités car cotisations peu élevées du fait des faibles salaires et formé sur la base du volontariat : risque de ne comprendre que les personnes qui sont souvent exposées au risque.

1852 : premier statut de la mutualité donne un statut à ces caisses.

==> Caisse nationale de prévoyance : organisme placé sous la tutelle de l'Etat qui fait des opérations de garantie pour les caisses de secours mutuels qui font du risque vieillesse.

Réforme de Bismarck.

==> Naissance des **assurances sociales**.

Tradition d'un Etat fort en Allemagne.

Dans les années 1880, ils dotent à **titre obligatoire** tous les salariés d'un système de couverture des grands risques sociaux : santé, vieillesse, chômage et Accidents du Travail = **affiliation obligatoire** qui se traduit par le droit aux prestations auquel s'ajoute un système de financement de **double cotisation** : cotisation du salarié + cotisation de l'employeur.

==> Pas une loi de responsabilité civile comme en France donc.

France : Ce système se généralise en France dans les années 30.

Avant 14-18 il apparaît dans certaines professions telles que les cheminots ou les mines = **régimes spéciaux**.

En dehors de ces quelques catégories, les assurances sociales n'existent pas.

Après la 1ere Guerre Mondiale : réintégration de l'Alsace et la Moselle qui dispose du dispositif d'assurance sociale.

Lois du 5 Avril 1928 et 30 avril 1930 créent des assurances sociales et ont affronté différentes oppositions :

- employeurs
- médecins
- certains syndicats : CGTU

Dispositif a donc un **champ d'application limité** :

- aux salariés de l'industrie et du commerce
- aux seuls salariés dont la rémunération était inférieure à un certain plafond. (cadre ayant leurs propres assurances)
- il couvre les risques maladie, vieillesse, décès.
- Cotisation partagée : une partie pour le salarié, une partie pour l'employeur.

3) Couverture des charges familiales.

Initiative privée au départ.

Idée : employeur doit s'occuper des salariés qui ont des charges familiales en leur versant le « **sursalaire familial** » .

C'est souvent organisé **au niveau régional** ==> création de **Caisses de compensation**. Employeurs verse une somme qui est un % de la masse salariale.

Loi 11 mars 1932 : généralisation du système.

Elle fait obligation à tous les employeurs de l'industrie et du commerce de s'affilier à une caisse de compensation et de verser une cotisation, les salariés ont eux tous droit dans l'industrie et le commerce à un sursalaire.

Code de la famille 1939.

France est confrontée à une **crise démographique** majeure, la population française est vieillissante.

==> Différentes mesures à objectif nataliste réunies dans le code de la famille.

Généralisation du sursalaire à TOUS les travailleurs, salariés et indépendants. Ils reçoivent des **allocations familiales** de la Caisse de compensation.

1^{er} janvier 1978 : **généralisation** des prestations familiales à toute la population.

II) Avènement de la Sécurité Sociale.

Prémises aux USA.

Dans les années 30, politique Keynesienne consiste à relancer l'économie par la demande en donnant des sous aux gens.

1935 : Social Security Act = Wagner Act.

= dispositif d'assurance sociale de couverture **du risque vieillesse** d'une part, **risque chômage** de l'autre **pour toute la population active**, gérée par le Trésor Fédéral.

Ce système existe toujours aujourd'hui, les fonds de pensions viennent compléter ce système.

= première fois que les termes « sociales » et « sécurité » apparaissent dans un document positif.

Keynes : sa théorie consiste à mettre l'économie au service de la population et non l'inverse, elle doit tourner de façon à ce que tous aient un emploi et un revenu.

Il a recommandé l'intervention massive de l'Etat dans l'économie.

Rapport Beveridge 1942.

Il expertise le système britannique de couverture des risques et constate l'existence de grandes lois d'aide sociale (poor laws) et que de nombreuses catégories de salariés ne sont pas couvertes.

Il pose le principe selon lequel l'Etat doit libérer l'homme du besoin et pour cela il faut bâtir un système permettant de couvrir au maximum les risques.

==> 3 U :

- **Universalité** : système doit couvrir toute la population contre tous les risques ;
- **Unité** : un système unique : NHS pour la délivrance des soins et un système d'assurance sociale.
- **Uniformité** : prestations à taux uniforme.

Ce système est toujours valable, il a eu un très grand rayonnement et a inspiré de nombreuses réformes menées après la 2^e GM.

On oppose parfois le système Bismarkcien et le système Beveridgien :

- **Bismarkien** :
 - o appréhende la population à travers des CSP.
 - o Système socio professionnel
 - o Cotisations assises sur les revenus professionnels.
 - o Prestations fondées sur le revenu.
- **Beveridgien** :

- il prend en compte toute la population : logique de résident
- Système unique
- Fiscalisation du financement qui passe sur tous les revenus.
- Prestations uniformes la plupart du temps.

Le système français a basculé d'un régime de type Bismackien à un système de type Beveridgien, on couvre de plus en plus toute la population.

Des instruments de financement tels que la CSG s'étendent à l'ensemble des revenus.

III) Institution de la Sécurité Sociale en France et son évolution.

1940 : Assurances sociales, régimes spéciaux et allocations familiales.

Pierre LAROQUE : a proposé un plan français de Sécurité Sociale inspiré des idées de Beveridge mais ne l'estimait pas complètement transposable. Idée que système partirait de ce qui existe déjà.

Branche maladie et branche famille ont été privilégiées.

Chômage n'est lui pas pris en compte car pas le problème à l'époque, c'est pourquoi il est aujourd'hui indépendant.

1) Ordonnance du 4 octobre 1945.

Elle marque symboliquement la création du système de Sécurité Sociale en France.

Article 1 :

- al 1 : Organisation de la SS
 - o vocation à couvrir tous les risques
 - o vocation à couvrir toute la population active (pas seulement les travailleurs)
- al 2 : Ce qui existait déjà (Assurances sociales, régimes spéciaux et allocations familiales.) passe dans le domaine de la Sécurité Sociale.
- al 3 : organisation de la Sécurité Sociale a vocation à s'étendre pour la population et couvrir d'autres risques. Idée d'un objectif de l'harmonisation.

2) Extension de la Sécurité Sociale dans la dispersion.

a) Echech du plan de 1945.

Un certain nombre des objectifs fixés à cette date ont dû affronter diverses résistances.

- **Les régimes spéciaux**

L'ordonnance de 1945 les intègre, on a très vite constaté que les déficits étaient patents.

On a constaté que ce régime était forcément déficitaire et envisagé dès les années d'après-guerre **la politique d'harmonisation**.

Les régimes spéciaux ont été maintenus en l'état.

- **Les cadres**

Ils acceptent de rentrer dans le système, ils entre donc dans le régime général mais un **plafond de cotisation** apparaît : tous les salariés ne cotisent que pour la part de

leur salaire qui est en dessous du plafond. Au dessous, ce qui est au-dessus permet aux cadres de se doter d'une protection complémentaire ==> AGIRC.

1990 : cotisations ont été dé plafonnées sauf en vieillesse car les gens ne parviendraient pas à payer ces cotisations.

- **Travailleurs indépendants (non agricoles).**

On ne sait pas comment les définir positivement : pas salariés et pas exploitants agricoles (TNS-PNA = non non).

Ils acceptent l'**assurance vieillesse** mais **pas au régime général** des salariés. Même entre indépendants, différences catégories se constituent.

Législateur va créer **trois régimes d'assurance vieillesse pour les indépendants** + **un** pour les avocats :

- **Travailleurs indépendants de l'industrie et du commerce** = entrepreneurs ==> ORGANIC.
- **Artisans** ==> CANCAVA.
- **Professions libérales** hors avocats : différentes sections professionnelles par catégorie ==> CNAVPL.
- **Avocats** : CNBF = Caisse Nationale des Barreaux Français.

Ils refusent l'**assurance maladie**.

Les Agriculteurs : Mutualité sociale agricole = MSA. ==> Mutualité 1900 et Crédit Agricole.

Ce sont les organismes qui gèrent la protection sociale des agriculteurs.

Pour les salariés agricoles ==> Régime calqué sur le régime général mais géré par la MSA car ils sont agricoles.

Exploitants agricoles : acceptent un régime vieillesse comme les autres indépendants mais refusent le régime maladie.

Tous les actifs ont donc un régime d'assurance vieillesse, la protection a été étendue aux salariés agricoles et la branche famille s'étend à tous les actifs mais pas d'harmonisation.

Pas une organisation unifiée cependant.

b) Evolution ultérieure.

Première phase : développement du système et extension de la couverture.

L'extension se fait dans la diversité : multiplication des régimes.

Nouveaux régimes :

- **Assurance maladie** : apparition d'un régime d'assurance maladie
 - o pour les exploitants agricoles (1961) ==>AMEXA.
 - o pour les travailleurs indépendants (non non) (1966) ==> CANAM
- **Obligation d'assurance contre les accidents du travail et maladies professionnelles en 1970** : dès lors que le contrat couvre les droits prévus par la loi.
- **Régimes pour ces catégories plus réduites :**
 - o loi 1948 : **Régime étudiant** : maladie, maternité
 - o 1978 : Régime pour les **ministres du culte** : maladie et vieillesse.

Deuxième phase : années 1970 : nécessité d'une couverture maladie et famille.

On multiplie alors **les mesures de généralisation** (1975) : objet d'étendre à toute la population résidente la prise en charge des soins et les charges de famille.

==> mesures de généralisation catégorielles = interstitielles visant à définir différentes populations : jeunes sans emplois, femmes divorcées.

==> Soumis au régime général.

Loi 3 janvier 1978 : création de **l'assurance personnelle**.

Ex : - un chômeur arrivant au bout de ses droits peut basculer dans l'assurance personnelle.

- quelqu'un qui n'a pas d'assurance maladie française, il peut demander à adhérer à l'assurance personnelle.

==> Une fois que l'on entre dans l'assurance personnelle on en sort plus.

Prestations familiales : loi 3 janvier met fin au système antérieur (couverture de la population active) et **couvre toute la population**.

c) Autres efforts.

Régimes complémentaires de vieillesse (retraite) pour les salariés.

==> Cadres : régime AGIRC.

Dès les années 1960, les non cadres se dotent de ce régime ==> ARRCO.

Loi 31 décembre 1972 : a amélioré les pensions de retraite du régime général.

Elle pose le principe selon lequel tout employeur est tenu d'affilier à un régime de type ARRCO AGIRC les **salariés relevant du régime général** au titre de la vieillesse à un **régime complémentaire**.

Les non non : caisses de **vieillesse** sont habilitées par la loi à se doter de régimes complémentaires.

S'y sont ajoutés des couvertures **invalidité et décès**.

Chômage : **Convention collective nationale du 31 décembre 1958** crée le régime d'**assurance chômage** géré par les ASSEDIC.

3) Les évolutions récentes.

Travailleurs indépendants

2 mesures importantes :

- Loi 23 décembre 2000 : **alignement du régime maladie et maternité** des travailleurs indépendants couvre les dépenses de santé exactement comme le régime général.

- Ordonnance du 31 mars 2005 fusionne les régimes d'indépendants dans le **RSI**

==> Maladie (CANAM), ORGANIC et CANCAVA

Agriculteurs.

- **Loi du 30 novembre 2001** : crée le régime AAEXA : régime d'assurance accidents du travail. Suppression des obligations d'assurances antérieures, ils bénéficient d'une couverture AT/MP proche de celle des salariés. ==> On crée de la Sécurité Sociale : on fait basculer un régime d'assurance vers un régime de Sécurité Sociale.

- **Loi 4 mars 2002** : régime de **retraite complémentaire**.

4) Mesures d'extension de la protection sociale.

Aides sociales :

- RMI entre 25 et 65 ans. (loi 1^{er} décembre 1988).
- Dépendance:
 - o Prestation spécifique dépendance (loi de 1997)
 - o Allocation Personnalisée d'Autonomie. (2001) : devoir d'aliment et récupération sur succession ne jouent pas.

Soins :

- loi 27 juillet 1999 : CMU : même avec l'assurance, tout n'est pas couvert, le but est donc de créer une couverture maladie universelle.
 - o **Régime de la CMU** = couverture de base comme pour le régime général
 - **Champ d'application** : toute personne résidant régulièrement en France et qui ne relève pas d'un autre régime est à la CMU.
 - **Système d'affiliation par provision** : à partir du moment où une personne a besoin de soins et que l'on ne sait pas quel régime elle relève ==> CMU (système révolutionnaire permettant de prendre en charge tout de suite)
 - o **CMU complémentaire** : offerte uniquement à ceux dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil, elle peut être gérée par des caisses maladies, des mutuelles ou par les compagnies d'assurance : engagement à couvrir la personne à un certain niveau et **l'Etat verse à l'organisme un forfait.**

5) Réformes financières.

1995 : loi de financement de la Sécurité Sociale.

Chaque année, en fin d'année le parlement délibère des conditions de l'équilibre financier de la Sécurité Sociale pour les années à venir.

==> Rentre dans les grands principes de Finance Publique.

Fiscalisation des ressources :

- CSG en 1991.

= ensemble de contributions qui portent sur toutes les catégories de revenus : mobiliers, produits de placement

==> Finance branche, famille, vieillesse et maladie.

L'assujettissement.

INTRODUCTION.

Définition : règles de droit qui déterminent le champ d'application rationae personae.

= critère qu'il faut remplir pour relever d'un régime ==> tenu aux cotisations.

Portée de l'assujettissement = relative.

2 branches qui s'appliquent à tout le monde : famille et maladie.

En matière de santé, dès lors qu'une personne réside régulièrement en France, elle a le droit aux soins de santé mais pas forcément au même régime selon son activité.

Si elle ne relève d'aucun régime ==> CMU.

Branche vieillesse : prestations que pour les personnes qui exercent ou ont exercé une activité professionnelle.

Branche accidents de travail : 2 catégories de travailleurs en France peuvent y prétendre : salariés et exploitants agricoles.

La frontière entre les deux est parfois floue.

I) Règles de fonds : critères d'assujettissement.

1) Distinction travailleur dépendant et indépendant.

Qu'est ce qu'un travailleur dépendant au sens du régime général.

Loi de 1928 et 1930 ont institué un régime d'assurance sociale au profit des travailleurs salariés.

Critère : celui qui était titulaire d'un contrat de travail.

Si un salarié a un contrat de travail, il est assujetti aux assurances sociales, il l'est par son employeur.

Décret-loi 1935 élargit : pour les assurances sociales sont assujettis non seulement les travailleurs qui ont un contrat de travail mais également tous ceux pour lesquels qui exercent leur activité **pour le compte d'un ou plusieurs employeurs** ou donneur d'ordre ou d'ouvrage.

==> Dès lors que certaine dépendance à l'égard d'une entreprise : assujettissement aux assurances sociales.

L 311-2 CSS : « affiliés aux assurances sociales » ==> dans livre III CSS qui traite des Accidents du Travail : même définition.

Indifférence au critère de l'âge, minimal ou maximal et même si titulaire d'une pension qui n'interdit pas de travailler et d'être assujetti.

« salariées ou travaillent à quelque titre que ce soit » : 1 élément + 2.

- **travailler pour le compte de** = critère de la subordination Dalloz 1960 (Du Peroux)
 - o **subordination économique** : lorsqu'une personne dépend d'une autre pour sa subsistance.
 - o **Subordination juridique** : lorsque le donneur d'ordre ou d'ouvrage peut s'immiscer dans l'exécution même du travail = **critère essentiel**.
 - Caractérise le contrat de travail.
 - Caractérise l'assujettissement.
 - o Parfois subordination économique et juridique sont liées : *arrêt Labanne* : chauffeur de taxi : pas d'immixtion juridiquement dès lors que chauffeur peut payer la redevance mais Cour de cassation a estimé que l'on était dans un lien de subordination juridique, la dépendance qui était purement économique laissait imaginer qu'il y avait un lien de subordination = cas d'espèce.
 - o Evolution du critère de subordination juridique :
 - **Interprétation extensive dans les années 1960** : tendance à l'élargissement du salariat en partie dans le domaine du droit du travail mais encore plus en droit de la sécurité sociale.
 - **Apparition notion de service organisé**

Hypothèses dans lesquelles l'immixtion dans le contrat de travail ne sera pas permanente car pas possible mais si ces travailleurs exercent leur activité dans un cadre, lieu qui traduisent un service organisé, celui-ci peut révéler l'immixtion dans le contrat de travail.

- o Arrêt 1966 Prénatal.
- o Arrêt 1976 hebdo presse
 - Travailleurs exerçant leur activité loin de leur entreprise.

- Qualification des travailleurs exerçant une activité qui nécessite par nature une véritable **indépendance technique**.

Même quand véritable indépendance, dès lors que l'activité du travailleur s'inscrit dans un service organisé, celui-ci constitue une forme d'immixtion de l'employeur dans l'exécution du travail ==> travailleur dépendant = salarié.

- **Application large dans les années 1970-90.**

Jurisprudence fait rentrer une majorité de personne dans le régime sans réellement prêter attention aux critères.

- **Loi 11 février 1994.**

= Loi Madelin : ne donne pas de définition du travailleur indépendant mais a inséré dans le code du travail et de la sécurité sociale qu'un certain nombres de catégories sont présumées indépendants sauf s'il est établi qu'elles exercent leur activité dans un lien de subordination juridique.

- **Arrêt Société Générale – 13 novembre 1996.**

= arrêt fondateur de la définition du contrat de travail et de l'assujettissement au régime général.

Visa : moyen relevé d'office par la Cour de cassation et arrêté rendu au visa de L 242-1 CSS et L 621-1 CT qui définit le contrat de travail.

Société générale avait opté pour le versement des cotisations en un lieu unique (VLU).

URSSAF s'aperçoit que Société Générale a versé des sommes d'argent à différents intervenants.

Cass : il faut revenir aux critères dans leur rigueur initiale : toujours l'immixtion de l'employeur dans l'exécution du travail et le service organisé qu'il faut rechercher mais de manière bien précise.

Article L 242-1 est visé car il s'agit en l'espèce d'un problème recouvrement.

Lien de subordination : exercice d'une prérogative de l'employeur : donner des ordres, les contrôler et sanctionner les manquements.

Service organisé : doit être **défini unilatéralement** et n'est **qu'un indice**.

Ex : une clinique privée où un médecin exerce en permanence: service est organisé de manière unilatérale : assujettissement au régime général.

Une clinique où médecin vient de temps à autres et discute les modalités de ses interventions : pas d'organisation unilatérale= contrat de prestation de services.

Cass est donc **revenue à sa jurisprudence initiale (subordination juridique + service organisé)** qui avait perdu de sa substance au fil du temps.

==> obligation faite aux juges du fond de caractériser l'exercice de l'employeur : unilatéral ou non.

De plus, Cour de cassation a entendu **unifier le critère du contrat de travail et de l'assujettissement au régime général**. Dès lors qu'on doit s'interroger sur l'assujettissement d'une personne et que l'on est dans le cas général, on recherchera s'il y a subordination ou bien service organisé de manière unilatérale.

En principe, lorsque la qualification d'un travailleur est en cause, elle doit être résolue dans les mêmes termes au regard du droit du travail et du droit de la sécurité sociale.

Cette JP de principe a depuis été **constamment confirmée par la Cour de cassation**.

Exemple :

- Sportifs sponsorisés : le fait d'être sponsorisé entraîne-t-il l'assujettissement au régime général ?

Si l'intéressé conserve toute liberté ou que ses obligations sont librement négociées :
Société générale : pas de subordination.

En revanche, si contrat prévoit toutes les conditions de façon très précise : le contrat de sponsorship montre une immixtion ou la définition unilatérale des obligations
==> Assujettissement au régime général.

- Bourses d'études et de recherches : si une entreprise subventionne en fonction de critères scientifiques : libéralité de l'entreprise dont bénéficie l'intéressé qui **conserve entièrement sa liberté** d'action. ==> Lien de subordination juridique ?
- Si bourse est **encadrée par des obligations** de comptes-rendus, de résultats... on retrouve l'idée d'immixtion de l'organisme dans l'exercice de l'activité de l'intéressé ==> service organisé ou immixtion directe : lien de subordination ==> Assujettissement au régime général.

= souvent une question de fait.

Avocats et notaires : ne pouvaient être exercés que sous le régime libéral jusqu'à une loi de 1991 : on ne pouvait être salarié.

Cour de cassation en avait déduit que cette indépendance propre déteignait sur une activité accessoire, lorsqu'un avocat faisait de la formation il restait indépendant même s'il avait discuté les conditions de son intervention.

Pas sûr qu'aujourd'hui cette particularité subsisterait.

==> Ce n'est donc pas la nature matérielle de l'activité mais les conditions dans lesquelles elle est exercée qui permettent de déterminer si une personne relève du régime général ou non.

2) Les autres critères.

- **Une rémunération** : en rapport avec l'activité exercée.

Critère joué dans le cas d'une activité bénévole. En principe si une activité n'est pas assortie d'une rémunération : bénévolat ou travail illégal.

L 311-2 permet de rattacher au régime général des activités bénévoles.

- **Une convention.**

Il importe peu qu'elle soit écrite ou tacite, valable ou non et quel que soit son contenu. On écarte l'apparence du contrat pour revenir à la réalité de la relation de travail.

Peu importe la forme du contrat, sa validité ou sa nature.

3) Assujettissement procédant de clauses expressees.

L 311-3 : permettre l'assujettissement au régime général de certaines catégories de personnes car il serait difficile d'établir un lien de subordination ou pour des personnes pour lesquelles le lien de subordination n'existe même pas et ne peut être rapporté, personnes que l'on a voulu intégrer dans le régime général.

Si une personne remplit ces conditions : salarié ou régime général.

11° à 13° : mandataires sociaux affiliés au régime général.

Si les conditions de L 311-3 sont remplies ==> Pas besoin de démontrer un lien de subordination, on ne recherchera alors que la rémunération et la convention.

Si les conditions ne sont pas remplies ==> L 311-3 ne peut pas jouer mais L 311-2 peut s'appliquer.

Ex : travailleur à domicile ne rentre pas dans les conditions formelles du code du travail.

==> il peut être démontré que sous l'autorité du donneur d'ouvrage et que contrat de travail ==> régime général via L 311-2.

Pas parce qu'on ne rentre pas dans L 311-3 qu'on ne rentre pas dans la catégorie des travailleurs dépendants mais nécessité de démontrer que l'on rentre dans les critères de l'arrêt Société générale.

Quand une personne remplit ces conditions, peu importe que subordination juridique ou économique ==> rentre dans catégorie du régime général.

II) Le travail indépendant.

Quelqu'un qui exerce une activité professionnelle or critère de subordination juridique et dans une activité non agricole.

Définition négative en droit français : les « non non ».

On a pas de définition positive.

Ex : loi Madelin 1994 : ne donne pas de définition positive du travailleur indépendant.

Cette définition est nécessaire pour :

- **le régime d'assurance vieillesse**
 - o ORGANIC
 - o CANCAVA

- CNAVPL (+ avocats)
- **Le régime assurance maladie-maternité** des travailleurs non salariés non agricoles
 - CANAM
- **Branche familiale** : cotisations financées par CSG et cotisations assises sur les revenus d'activité.

URSSAF a une politique de contrôle des salariés mais aussi des travailleurs indépendants.

Pour qu'il y ait travail indépendant il faut :

- **Une activité professionnelle** = question de fait. Dans le but d'obtenir une rémunération.
 - *Arrêt de Rothschild* : contrat autorisant l'utilisation de son nom et URSSAF réclame une cotisation ==> le dépôt d'une marque n'avait pas été fait par Mme de Rothschild qui s'engageait plutôt à ne pas avoir d'activité en ne donnant pas son nom à une autre marque. Il faut pour qu'il puisse y avoir travail indépendant qu'il y ait une véritable activité.
- **Nature et légalité de l'activité** :
 - Assujettissement des prostituées : peu importe que l'activité soit ou non légale dès lors qu'elle produit des revenus.
 - Arrêt CEDH – Mme Tremblay c/ France : elle invoque la violation du traitement inhumain et de la torture (articles 3 et 4)

Pour savoir si activité est indépendante :

- Personnes qui **ne rentrent pas dans L 311-2 ou L 311-3** ou bien ne caractérisant par une subordination juridique au sens Société générale ;
- Pour la **cotisation allocations familiales** : pas de condition particulière.

- Pour **assurance familiale** : y sont assujettis toutes les personnes ayant la qualité de travailleur non salarié dans une profession non agricole.
- Pour **les régimes vieillesse** : conditions propres à chaque régime.
 - o Désormais tous les indépendants qui ne rentrent pas dans une des catégories sont basculés automatiquement en tant que professionnel indépendant dans l'une des sections de la CNAVPL.
 - o A partir du moment où travailleur indépendant : on entre sinon dans les autres catégories.
- Loi Madelin 1994 : précise L 120-3 CT et L 311-11 CSS qu'un certain nombre de personnes dès lors qu'elles sont inscrites sur un RCS, sont présumées ne pas être titulaire d'un contrat de travail et ne pas relever du régime général à moins qu'elles sont placées sous un lien de subordination. ==> Question du lien de subordination **permanent** : idée que seuls les salariés à temps plein seraient considérés comme étant des salariés.
 - o Crim : travail illégal : employeur faisait valoir la présomption de la loi Madelin.
- Loi Madelin institue une présomption simple d'indépendance alors que jusqu'à présent il n'y avait que des présomptions de dépendance.

Conjoint artisan : pour être affilié au régime général de salarié, doit bénéficier d'une rémunération correspondant à la nature de son activité et un travail effectif.

III) Régimes agricoles.

MSA gère le régime multibranche des **salariés agricoles**.

Les **exploitants agricoles** disposent de 3 régimes : vieillesse, maladie (AMEXA) et accident du travail (AAEXA).

Comment déterminer le critère d'assujettissement ?

Opération en 2 temps :

1) Notion d'activité agricole

- Article 1144 code rural en donne une définition :

-

▪ **Activités agricoles par nature** : ensemble des opérations qui se rapportent à la production végétale ou animale : une **exploitation au sens juridique** du terme est nécessaire.

- **Mise en culture des sols** : activité proprement agricole, par et jardin ne rentrent pas dans les activités agricoles par nature.
- **Elevage des animaux** : hippodromes, zoos et laboratoires en sont.
- **Exploitation des bois et forêts.**

▪ **Activités agricoles par extension** :

- **Prolongement d'une activité agricole par nature** : conserverie, vente des produits. Lorsque ce n'est pas la même entreprise qui exerce l'activité agricole par nature et l'activité qui vient à la suite, la seconde n'est pas dans le prolongement.
- **Activités connexes ou au service de l'agriculture** : travaux agricoles.
- **Organismes à caractère agricole** : coopératives, fédérations et crédit agricole.

2) Distinction salariés/exploitants.

- **Salarié agricole** :

- Critère du lien de subordination.
- Quelle que soit l'activité : à partir du moment où une personne a la qualité de salarié à l'égard d'un donne d'ouvrage (personne physique ou personne morale) qui exerce une activité agricole par nature ou extension, ce salarié a la qualité de salarié agricole quelle que soit la nature de SON activité.
- Petits métayers : code rural précise qu'ils sont assimilés à des salariés agricoles.
- **L'exploitant agricole** : doit être indépendant et exploite une activité agricole par nature ou par extension.
 - **Surface minimum d'installation (SMI)** : définie par le préfet.
 - Elle est affectée de coefficients correcteurs.
 - Nécessité d'avoir une exploitation correspondant au moins à ½ SMI.
 - Arrêt 12 juin 2007 – Sintes.

Lorsqu'en dessous du seuil : pas exploitant agricole mais redevable d'une petite cotisation de solidarité.

- **Les aides familiaux** : ont la qualité d'exploitant agricole l'exploitant chef d'exploitation et les membres de sa famille qui participe à l'exploitation (conjoint + aides familiaux).

Section 2 : Procédure et contentieux de l'assujettissement.

Définitions

Assujettissement : signifie que l'on relève d'un régime juridique plutôt que d'un autre.

= règle substantielle.

Affiliation :

= **réservé à la procédure** : quand on remplit un critère d'assujettissement, on va demander à être affilié.

==> procédure par laquelle un organisme de sécurité sociale prend en compte un salarié.

Textes emploient l'un pour l'autre : L 311-2 : « sont affiliés obligatoirement ».

L 311-2 exprime le critère substantiel du régime général.

Immatriculation : opération administrative et statistique visant à attribuer un matricule.

Ce numéro est attribué par l'INSEE.

Les caractéristiques de l'application des règles d'assujettissement.

Les règles d'assujettissement ont **un caractère d'ordre public**.

En matière de Sécurité Sociale en général ==> droit d'ordre public, pas un droit de règles supplétives.

Ex : un organisme de Sécurité Sociale est tenu par les règles d'ordre public qu'il applique.

Ce caractère d'OP vaut autant pour la caisse que pour le travailleur.

Le caractère non contractuel = statutaire.

En matière d'assujettissement de Sécurité Sociale : si mutuelle ou assurance complémentaire : contrat avec l'assurance ou la mutuelle ==> contrat d'adhésion.

Dans le domaine de Sécurité Sociale : pas un contrat : pas de négociation : une disposition s'applique dès lors que l'on rentre dans son champ d'application.

Indifférence aux droits à prestation.

On est tenu d'être assujetti dès lors qu'on remplit les critères d'assujettissement même si ce dernier n'est pas susceptibles d'entraîner des droits.

Ex : un retraité retravaille : assujetti, une fois qu'on a demandé la liquidation de sa pension retraite, en principe, on ne peut plus avoir de nouveaux droits à pension.

Arrêt n°2 : 3 février 2000.

Dès lors qu'activité de travailleur indépendant ==> obligation d'être assujetti à la branche maladie des travailleurs indépendants.

Arrêt n°5 : 25 mars 2003.

Lié à l'affiliation au régime général des détenus.

Détenu ==> assujettissement : basculement du régime de l'activité qu'il exerçait au régime général.

Moyen : caractère obligatoire de régime particulier porte atteinte à la présomption d'innocence + basculement est une atteinte au droit à la propriété.

Cass : règles d'assujettissement s'imposent indifféremment de leurs conséquences en matière de prestation.

Ex : cumul d'activité : salarié + travailleur indépendant.

En matière de maladie : il faut payer les cotisations des deux régimes mais droit aux prestations du régime le plus important, de celui auquel on cotise le plus.

= règle d'ordre public qui n'est pas contractuelle et s'applique dès lors que l'on remplit des conditions fixées objectivement.

Partie 1 : La procédure d'assujettissement.

1) Obligation des assurés et employeurs.

Le régime des salariés.

Régimes dans lesquels l'employeur est couvert par son employeur.

Lorsqu'une personne commence à travailler dans une entreprise, son affiliation doit être requise par l'employeur auprès de l'URSSAF.

= obligation de l'employeur : toutes les formalités liées à l'embauche.

= mécanisme de la déclaration d'embauche.

Il doit adresser à l'URSSAF le formulaire de déclaration d'embauche = obligation de l'employeur.

==> Régime agricole : opération se fait à la MSA.

Sanctions.

- Pénales :

- o **Contraventions** : oubli, retard ;
- o **Travail illégal** = dissimulé.

- Civiles :

- o Organismes de Sécurité Sociale peuvent prendre en charge l'intéressé et demander à l'employeur le **remboursement des prestations** : surtout pour les Accidents du Travail : se retourne contre l'employeur.
- o **Responsabilité civile** sur 1382 : employeur est tenu par la loi d'affilier le salarié, s'il ne le fait pas ==> faute.
 - Salarié peut **aller voir directement l'organisme** pour demander son affiliation.

De manière générale : la règle en matière d'affiliation des salariés est une obligation pesant sur l'employeur.

Le régime des non-salariés.

C'est à lui qu'incombe l'**obligation de s'affilier** puisqu'il n'a pas d'employeur.

==> tenu de s'adresser aux organismes de travailleurs indépendants : 3 démarches :

- régime vieillesse
- régime maladie
- paiement des cotisations allocations familiales + CSG + CRDS.

Désormais : **plus que le RSI = caisse unique.**

Sanction :

- **Administrative : affiliation d'office et redressement** des cotisations.
- **Perte des droits** = principale sanction : réduction ou perte des droits.

Pouvoir des organismes.

Ils ont le pouvoir de **procéder à des affiliations d'office.**

Ex : personnel de maison : pouvoir d'affiliation d'office risque de se heurter au pouvoir de contrôle des caisses.

Régime général :

- organismes de **prestation.**
- organisme pour les **cotisations** : URSAFF

Dans certaines hypothèses, URSSAF se demande si collaborateur relève des travailleurs indépendants ou du régime général. (*Arrêt Société générale 1996*).

Cass : l'URSSAF ayant compétence pour appliquer les régimes d'assiette du régime général, elle a compétence pour se prononcer sur l'application des règles d'assujettissement.

==> URSSAF n'affilie donc pas, elle constate que M. X aurait du être affilié, en conséquence, elle redresse les cotisations mais ne peut prendre de décision pour dire que untel est affilié à ce titre.

Elle a donc compétence pour se prononcer sur l'affiliation des règles d'assujettissement mais c'est la Caisse primaire d'assurance maladie qui a la compétence **pour prononcer les affiliations**.

Exception : quand la caisse primaire s'est déjà prononcée.

==> URSSAF ne pourra pas intervenir car la caisse primaire qui est compétence s'est prononcée, cela interdit à l'URSSAF de se prononcer derrière.

URSSAF peut **se prononcer sur les règles d'assujettissement** mais n'affilie pas, elle ne **fait que redresser**, de plus, il ne faut pas que la caisse primaire soit déjà intervenue.

Partie 2 : Nature juridique et contentieux de la décision d'affiliation.

1) La décision d'affiliation.

Décision reconnaitive = pas créatrice de droits (pas constitutive).

Elle prend normalement effet à la **date où les conditions sont réunies**.

Si était constitutive : aurait effet à la date où elle est prise.

Décision définitive : à partir du moment où la décision a été prise : délai de 2 mois pour la faire changer.

Si elle n'a pas fait l'objet dans les 2 mois d'un contentieux, elle **devient définitive** même si elle est erronée.

==> **Sécurité juridique** : principe de la stabilité des situations constituées de bonne foi.

Ex : une personne travaille pour une entreprise : salarié ==> affilié.

Au bout de 24 mois, suite à un contrôle URSSAF, il ne relève pas du régime général : Cour de cassation considère qu'à partir du moment où une affiliation est intervenue et qu'elle n'a pas été contestée dans les délais, elle est définitive : **on ne peut pas la retirer** (sauf fraude).

Pour l'avenir, l'organisme qui a pris la décision erronée va l'abroger et prend une décision d'affiliation pour l'avenir.

En cas d'erreur dans l'application des règles d'assujettissement, on ne peut donc pas revenir sur le passé mais on doit **abroger pour l'avenir cette décision**.

Portée des décisions.

==> *arrêt 3 et 4.*

Un travailleur est considéré comme indépendant à tort ==> contrôle Urssaf : caisse primaire le récupère.

- pas de décision : caisse primaire le récupère
- il a payé les cotisations des indépendants et demande donc à y être affilié.

Arrêt 3 : si indépendant à tort : il est mis fin à son affiliation et la caisse primaire et l'Urssaf le récupéreront.

Pour que ces dernières se voient opposer la décision d'affiliation aux indépendants, il faut qu'il y ait **double affiliation** : vieillesse et maladie.

L'assujettissement erroné doit donc être prononcé tant dans la branche maladie que vieillesse.

==> double décision d'assujettissement est donc nécessaire.

2) Contentieux d'assujettissement.

Juridiction spécialisée : Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale. (TASS)

= contentieux général de la Sécurité Sociale.

2 particularités :

- incidences du **principe du contradictoire (article 14 NCPC)** : obligation faite au juge lorsqu'il est appelé à statuer sur un conflit d'assujettissement, d'appeler en la cause tous les partenaires intéressés

Mise en cause des régimes : Cour de cassation rappelle que chaque fois que le litige porte sur la question de l'appartenance à un régime ou un autre : tous les partenaires doivent être appelés en la cause.

Si doute quant à l'assujettissement d'une personne: il faut par exemple mettre en cause le régime général, les caisses des régimes indépendants et la MSA : sinon **violation du principe du contradictoire.**

Mises en cause de l'intéressé : ex : une entreprise qui fait travailler des personnes au coup par coup et les considère comme indépendants : contrôle Urssaf les considère comme subordonné juridiquement ==> régime général.

Cass : il faut dans une telle hypothèse que **l'intéressé soit appelé en la cause**, il a intérêt à être partie prenante au litige.

Cass exige pour que le principe du contradictoire soit satisfait que le juge ait fait le cas échéant avec le concours des parties, les **diligences nécessaires** pour que l'intéressé soit appelé en la cause.

==> Arrêt 28 octobre 1999.

Cette règle de mise en cause des organismes ne jouent **que si la question posée est celle de l'assujettissement.**

L'objet du litige doit porter explicitement sur cette question.

Annexe : la loi du 11 février 1994.

= Loi Madelin sur l'initiative et l'entreprise individuelle.

Particularité : elle insère l'article L 120-3 dans le code du travail auquel une loi de 1998 ajoute un alinéa abrogé en 2000.

Loi du 1^{er} août 2003 rétablit le dispositif qui existait.

L 311-11 CSS institué en 1994 n'a lui pas bougé et revit depuis 2003 quand a été rétablit L 120-3.

Une règle de fond assortie d'une présomption.

- **L 120-3 CT :**

- o **al 1** : toute une série de personne dès lors qu'elles ont fait une démarche administrative (inscription sur un répertoire par exemple), sont **présumées ne pas être salariées** = première fois qu'une présomption en faveur de l'indépendance est établie = **présomption d'indépendance**. Prédésumé ne pas être dans une relation de subordination.
- o **Présomption simple** : al 2 : lorsque prestation fournie à donneur d'ouvrage dans des prestations qui les placent dans un lien de

subordination permanente = **renversement de la présomption**. On peut prouver **un lien de subordination juridique permanent**.

- (Société générale) = première fois qu'un texte législatif emploie le terme « subordination juridique ». La cour de Cassation revient au critère originel : il faut qu'il y ait un lien de subordination juridique : exercice des prérogatives d'employeur : prestations, contrôle et sanction.
- **Permanence** : travailleur exerce pour une période donnée pour 3 donneurs d'ouvrage, s'il a un lien de subordination juridique avec un, pas de renversement de la présomption car pas permanent.
- **2eme phrase al 2** : Selon Chambre Criminelle de la cour de cassation : le fait que le travailleur travaillant pour le compte de l'entreprise, puisse rentrer dans le mécanisme de la présomption renversable de L120-3 n'avait aucune incidence sur la responsabilité pénale de l'employeur fait du travail illégal.

- **L 311-11 CSS :**

- **al 1 : champ d'application** : personnes de L 120-3 (répertoire des métiers, RCS), pose une **présomption** (« s'il est établi ») = à partir du moment où quelqu'un travaille pour le compte d'un donneur d'ouvrage ou d'ordre et est inscrite au RCS par exemple, il faut **prouver** que l'intéressé est dans un **lien de subordination juridique permanent**. = présomption + lien de subordination.
- **Al 2 : demande adressée à l'URSSAF.**
- **Al 3 :**
 - URSSAF répond que travailleur **relève du régime général** : cela ne lie pas les organismes, c'est une **appréciation** portée par l'URSSAF sur la situation des intéressés
 - URSSAF répond que travailleur **ne relève pas du régime général ou silence pendant 2 mois** à compter de la demande = **décision** : travailleur **ne peut se voir imposer ultérieurement une affiliation au régime général** ==> permet donc de remettre en cause l'avenir. Quand erreur d'appréciation commise par l'URSSAF au départ fera définitivement obstacle à l'application de la loi en matière d'assujettissement. A moins que l'intéressé ait changé assez substantiellement de mode d'activité ou qu'il y a une demande insuffisante (documents insuffisants), dès lors

que l'URSSAF s'est prononcée, on ne pourra imposer au salarié de s'affilier au régime général.

De nombreuses personnes visées par cet article sont souvent des personnes qui subissent l'indépendance.

En pratique, assez peu de gens font cette démarche. ==> risque de contentieux pour les entreprises.

Une situation illégale peut perdurer parce que l'organisme chargé de l'application de la loi a commis une erreur a un moment donné.

C'est donc le 3^e alinéa qui pose problème.

Les cotisations.

Tous les ans à l'automne, le parlement délibère des conditions de financement de la Sécurité Sociale.

Budget Sécurité Sociale : un peu plus de 400 milliards d'euros.

Dans ce budget : 2 branches :

- assurance maladie : santé
- assurance vieillesse : retraites

Dépenses de transfert = système par lequel certains donnent, d'autres reçoivent.

La sécurité social procède avant tout à des transferts, elle redistribue.

Les catégories de recettes.

- Cotisations : les 2/3 des ressources de la Sécurité Sociale viennent des cotisations traditionnelles
 - o Effectives : effectivement payées aux URSSAF
 - o Prises en charge par l'Etat : toutes les formes d'emplois pour lesquelles les gens bénéficient d'exonérations de cotisations de l'Etat.
 - o Fictives : qu'on est obligé de reconstituer : essentiellement pour des régimes spéciaux. ==> cela les fait apparaître dans la LFSS. On reconstitue la recette.
- Impôts et taxes affectées : CSG ressemble en pratique à un impôt. Créée en 1991, elle a augmenté progressivement et représente aujourd'hui 1/6 des ressources de la Sécurité Sociale. Le reste provient des revenus d'activités (système Bismarckien) qui est progressif tandis que la CSG est proportionnelle (7,5%) = impôt au 3^e rang dans le volume produit après TVA et TIPP.
- Transferts reçus.

Qu'est ce qu'une cotisation de Sécurité Sociale ?

Est-ce un prélèvement de droit privé, un impôt, une redevance, une taxe parafiscale ?

==> Conseil constitutionnel 13 août 1993.

Il donne une définition de la cotisation de Sécurité Sociale.

Ce qui caractérise la cotisation est le lien entre l'obligation à cotiser et le droit aux prestations.

Pour savoir si ce qu'on paye à la Sécurité Sociale est une cotisation ou non, il faut regarder si le fait de verser cet argent aura une incidence sur mes droits à prestation.

Ex : Caisse vieillesse regarde le compte individuel et constate le versement de cotisations, en fonction du nombre d'années et du volume versé ==> pension sera calculée.

C'est donc une cotisation.

Conseil constitutionnel : CSG n'est pas une cotisation mais une **imposition de toutes natures. (article 34 constitution)**

Pas une cotisation car le fait de la payer **n'ouvre en effet pas droit à prestations.**

De même si salarié qui paye cotisation vieillesse et CSG : seule la cotisation vieillesse comptera.

La CSG qui sert à financer la Sécurité Sociale au sens général du terme mais qui n'ouvre pas de droit n'est pas considérée comme une cotisation.

Définition ne fonctionne cependant pas dans tous les cas :

Cette définition fonctionne pour la branche vieillesse à tous les coups.

Pour l'assurance maladie, elle marche en principe mais pour pouvoir avoir droit aux soins il suffit d'avoir cotisé pendant une période de référence de quelques semaines. Juridiquement le critère fonctionne donc mais il suffit d'avoir cotiser un tout petit peu.

Pour les accidents du travail, le critère fonctionne à peine car on est plus sur une logique de prime d'assurance afin de responsabiliser les employeurs.

Ex : accident au noir : personne est prise en charge et on se retournera contre l'employeur.

Pour la branche famille, on peut se demander si le critère fonctionne car tout le monde a le droit aux prestations familiales depuis 1978. Il faut et il suffit d'être résident en France et de remplir les conditions (avoir des enfants) peu importe que l'on travaille ou non et que l'on ait ou non payer des cotisations.

==> Critère constitutionnel a donc été donné 15 ou 20 ans plus tard.

Jurisprudence CJCE de 2000 reprise par Cour de cassation considère que CSG au moins quand elle porte sur activités de revenus de remplacement constitue une cotisation sociale ==> plus une imposition donc.

Taux des impositions est fixé par la loi alors que cotisations le sont par décret.

Quand question de droit français : CSG : imposition de toute nature.

Quand application du **règlement de coordination communautaire** : un travailleur relève de la Sécurité Sociale du pays où il travaille. ==> règlement 1408/71

CJCE : quand on applique ce règlement, la CSG ayant pour seul but de financer la sécurité sociale, c'est une cotisation de Sécurité Sociale au sens de ce règlement.

En fonction du contexte, CSG est donc **soit une imposition de toutes natures soit une cotisation.**

Attention : CSG n'est pas un impôt mais une imposition de toute nature : notion plus restrictive.

La CSG finance 5,1% de l'assurance maladie, à 1,1% l'assurance vieillesse et à 1,3% l'assurance vieillesse ?

I) Assiette des cotisations des régimes de salarié.

Article 242-1 CSS alinéa 1.

Jusqu'à introduction de ce texte, la jurisprudence avait tendance à limiter les cotisations aux rémunérations au sens précis du terme, ce terme a été modifié pour percevoir les rémunérations perçues en contrepartie du travail mais aussi celles représentant pour le salarié des avantages en espèce ou en nature liées au fait qu'il appartient à l'entreprise.

L'objectif du législateur de 1954 était donc d'élargir l'assiette des cotisations.

Depuis cette date, la jurisprudence est constante : on fait **tout** rentrer dans l'assiette des cotisations. On n'en sort que parce qu'on arrive à démontrer que cela relève de textes qui exonèrent.

1) Notion de rémunération

= tout ce qui est perçu en contrepartie ou bien à l'occasion du travail.

Indifférence totale de la qualification à la forme, à la périodicité, peut être exceptionnel ou versé tous les mois.

Sommes doivent être perçues **en relation avec une activité qui donne lieu à assujettissement.**

Si une personne ne travaille pas dans une entreprise, on ne pourra pas intégrer dans l'assiette des cotisations de cette entreprise les cotisations qu'elle lui verserait à un autre titre.

La notion de relation peut aussi intéresser le débiteur des cotisations. Avec la complexification des relations de travail, l'identification du débiteur des cotisations pose de plus en plus souvent des difficultés.

Arrêt 14 décembre 2004.

==> Footballeur : prétendait qu'une partie des sommes qu'il recevait l'était au titre de son image ==> pas une rémunération.

Cour de cassation approuve les juges du fond d'avoir accepté que l'URSSAF requalifie l'indemnité.

Il disposait d'un contrat de travail, il a perçu ces sommes à ce titre ==> rémunération.

Le juge du fond ne peut pas s'en tenir à la qualification donnée aux éléments litigieux par les parties.

Grandes catégories :

- **rémunération** proprement dite : **tout ce qui rémunère** financièrement l'activité du salarié relève de l'assiette des cotisations.
- **Les substituts du salaire** : avantages que le salarié perçoit en lieu et place du salaire : ex : indemnités de congés payés, de dispense de préavis ou indemnités versées en cas de congé maladie. Chaque fois qu'il perçoit une

somme d'argent à la place du salaire parce qu'il ne travaille pas pour un raison ou une autre.

- **Compléments du salaire** : ce qui rentre dans l'assiette des cotisations sans correspondre directement à l'activité professionnelle : gratifications de vacances, de fin d'année

Arrêt n°2 : soins dispensés gratuitement aux personnels hospitaliers entrent dans l'assiette des cotisations.

Arrêt 5 : questions de compléments.

Arrêt 11 : avance en compte courant consentie à un gérant de société est soumise à cotisations.

De même dans les banques ==> Carte Bancaire gratuite, rémunération des comptes courants.

= avantage

Dans l'hypothèse où ce salarié bénéficie d'une rémunération de son compte courant, c'est toute cette rémunération qui rentre dans l'assiette.

Limite : jurisprudence des secours.

Cour de cassation accepte que la somme versée en espèce ou en nature accordée à un salarié dans l'entreprise qui correspond vraiment à une idée de secours peut être exonérée.

On considère que à partir du moment où cela procède d'une démarche de solidarité, personnelle, cela ne rentre pas dans l'assiette des cotisations.

Ce n'est pas parce que l'avantage a une connotation sociale qu'il est exonéré.

Pour qu'il y ait secours, il faut vraiment que la somme soit accordée de manière exceptionnelle.

Arrêt 4 : situations exceptionnelles dignes d'intérêt.

Les arrêts où Cour de cassation reconnaît la caractéristique d'un secours sont assez rares.

La dénaturation par la Cour de cassation ne porte jamais sur des faits mais des éléments tels qu'un contrat ou une preuve.

Rupture du contrat de travail.

Que se passe-t-il quand le contrat de travail est rompu et que salarié perçoit différentes indemnités ?

Cass distingue :

- indemnités liées à la perte de salaire : indemnités pour préavis ou congés pas pris = **substitut de salaire : rentre dans l'assiette**;
- indemnités compensant la perte de l'emploi : indemnitaire au sens civil du terme ==> pas dans l'assiette.

Ex : une entreprise fait un plan social : ==> indemnité de départ volontaire : Cour de cassation a estimé que dans une telle hypothèse on est dans un plan de compression des effectifs et l'entreprise se donne un peu de marge.

Cass considère que ce départ dans une opération d'ensemble au départ de laquelle il y a une initiative de l'employeur.

Cette jurisprudence a été partiellement **contrariée par la loi**.

Conseil d'Etat : les sommes perçues par un salarié lors de la rupture de son contrat de travail ou bien correspondrait à des pertes de salaires (indemnisé) ou bien à la perte de l'emploi (exonéré).

Loi finance 2000 : dispositions selon lesquelles les indemnités du contrat de travail sont ou non dans l'assiette des cotisations.

Elles correspondent au montant fixé par le contrat de travail, par convention collective ou par le juge.

Chaque fois que cas de figure où dispositif issu de la loi ne trouve pas à s'appliquer, on revient à l'autre dispositif.

Les contributions de l'employeur au financement du régime complémentaire.

==> Prévoyance et retraite.

Employeur peut être amené à donner une cotisation à sa charge.

Avant 1979 ==> Cour de cassation avait jugé que prise en charge partielle ou totale des cotisations complémentaires étaient un complément de salaire.

Après 79 : exonération sous un certain plafond.

Un contrat d'assurance vie avec clause de rachat n'est pas un régime de retraite : la totalité de la prime doit être réintégrée dans l'assiette des cotisations.

Ce dispositif a été remis à plat par la loi Fillon de 2003 sur les retraites.

Pour ce que l'employeur verse pour la protection complémentaire, (Agirc et Arrco) ==> c'est exonéré.

Quand il s'agit des dispositifs complémentaires (relèvent soit de la prévoyance (tous les risques sauf la retraite) soit de la retraite supplémentaire) : il faut un régime collectif et obligatoire.

Loi de 2003 : prestations définies des grands patrons ==> exonération. Ils doivent verser 6% à la Sécurité Sociale.

2) Déduction des frais professionnels.

L 142-1 al 3 : il renvoie à un arrêté ministériel.

==> arrêté du 20 décembre 2002 : sommes versées aux salariés pour le couvrir des charges de caractère spécial inhérente à la fonction ou à l'emploi.

Arrêt 3 : vêtements et équipements professionnels ne sont déductibles comme frais professionnels qu'ils sont destinés à assurer la protection des salariés.

Ces frais doivent être justifiés dans leur principe.

Frais de mutation.

Un salarié est muté et ses frais de déménagement lui sont remboursés.

Cass tend à admettre que dans ce domaine il y ait déduction.

Il y a 10 ans, la Cour de cassation vérifiait la qualification, de plus en plus, elle tend à le faire de moins en moins.

Evaluation.

Il ne suffit pas que des frais soient professionnels.

2 méthodes :

- **au réel** : l'employeur qui entend déduire de l'assiette des cotisations telle somme correspondant à des frais, il doit produire des éléments justifiant cette somme par des factures.

Une facture ne signifie pas que c'est déductible, il faut que cela soit **justifié**.

- **allocation forfaitaire** : méthode admise par la jurisprudence lorsqu'elle correspond bien dans son principe et dans son montant à des frais professionnels.

==> il faut rester dans des proportions raisonnables.

Déduction supplémentaire de l'impôt sur le revenu.

Jusqu'au 31 décembre 2006, lorsque salarié, on déduisait de 20% les frais professionnels ou bien on déduisait les frais réels.

==> supprimé.

De nombreuses professions bénéficiaient de déductions supplémentaires.

3) Les limites de l'assiette.

Limité inférieure : SMIC.

Même si un employeur payait moins que le SMIC, si l'URSSAF redresse, elle peut le faire sur la base du SMIC ou du salaire minimum prévu par la convention collective.

Limite supérieure : ce plafond existe toujours mais uniquement dans la branche vieillesse.

Assurance vieillesse : cotisations sont plafonnées.

2682€/ mois brut.

Assurance maladie : le plafond a disparu par morceaux.

Différentes mesures de réductions et d'exonérations de cotisations.

- **Abattement** sur les bas salaires : exonérations en tout ou partie des cotisations employeurs. ==> entre SMIC et 1,2 SMIC.
- **Exonérations permanentes** pour différentes catégories : entreprises embauchant des jeunes sans qualifications, chômeurs de longue durée + exonérations par catégorie :
 - o **Régimes des heures supplémentaires TEPA**
 - o **Participation**

JPD Cour de cassation est très précise : on retrouve le principe directeur dès lors que la situation de l'entreprise ne rentre pas exactement dans les textes prévoyant une exonération.

II) L'assiette des cotisations des régimes des travailleurs indépendants.

==> régime perfusé par le régime général et par l'Etat.

Régime des exploitants agricoles : cotisations représentent 10 à 15% des ressources seulement.

Cotisation + Compensation inter-régimes.

C3S : Contribution sociale de solidarité des sociétés sur les sociétés industrielles et commerciales au profit des travailleurs indépendants.

Concours financier de l'Etat pour boucler les régimes.

1) Régimes des travailleurs indépendants non agricoles.

On se réfère au revenu imposable au sens du CGI.

CA – les charges ==> chiffre brut à partir duquel on travaillera pour la Sécurité Sociale.

Il est donc possible de payer des cotisations sur une assiette plus large que l'IR.

Il y a une cotisation minimale car nous sommes dans un régime contributif, cela permet d'ouvrir des droits.

2) Régimes des exploitants agricoles.

Les cotisations sont assises sur un revenu professionnel moyen des 3 dernières années.

On ne fait plus du réel pur aujourd'hui mais du réel simplifié ==> appréciation du revenu faite à partir d'un certain nombre d'éléments comptables permettant d'avoir une appréhension du revenu.

III) L'assiette des cotisations dues par les inactifs.

Pensions d'invalidité jusqu'au 1^{er} janvier 1980 : titulaire du risque maladie en bénéficiait gratuitement. Assiette : montant de l'avantage.

Ils ont une CSG et payent la CRDS.

Pensions de vieillesse, de retraite.

Allocations chômage.

Pour les gens relevant des régimes d'assurance volontaire (vieillesse et AT) ou de la CMU : on utilise les revenus bruts.

PARTIE 2 : Recouvrement des cotisations, les contrôles et redressements et le recouvrement forcé.

Règles de Sécurité Sociale sont d'ordre public, c'est pourquoi la loi a reconnu aux organismes de Sécurité Sociale des pouvoirs de contrôle et de redressement.

==> Proche du droit fiscal par les procédés : recouvrement.

Mais droit fiscal ==> extrêmement volumineux dans ces domaines.

En matière de SS, certaines règles communes à l'ensemble des ressources.

CSG ==> recouvrée par les URSSAF : on renvoie aux règles qui s'applique en matière de cotisations.

Le contentieux des impôts est un contentieux fortement administratif alors que pour la Sécurité Sociale, le contentieux est essentiellement judiciaire.

Cour de Cassation ne raisonne pas avec les mêmes principes et modes de raisonnement que le Conseil d'Etat ==> 2 principes juridiques obéissant à un certain nombre de principes directeurs assez différents.

I) Le régime juridique de la dette de cotisation.

1) Le débiteur.

Qui doit payer la cotisation ?

Régime général ==> le débiteur est **toujours l'employeur** qui est **seul tenu au paiement des cotisations**. Alors même qu'il ne supporte pas la totalité des cotisations, elle est partagée entre l'employeur et le salarié pour un certain nombre de risques.

Celui qui doit s'acquitter des obligations comme celui qui peut être poursuivi ou contrôlé sera toujours l'employeur.

Au moment où il fait les opérations de paye, il **précompte les cotisations et contributions qui relèvent de la part salariée, ajoute sa propre part et envoie le tout à l'URSSAF**.

Ainsi, même si le salarié supporte une part de cotisations, il n'a pas d'obligation.

Le salarié supporte donc une partie de la cotisation mais n'en est jamais le débiteur.

- **Rémunération brute** : rémunération à laquelle on va appliquer les taux de cotisation, la différence sera la rémunération nette. Ex : 2000€ ==> 1500€ (part du salarié) et employeur doit ajouter sa propre part ==> 2500€.
- **Rémunération nette** :
- **coût du travail** : ce que l'employeur doit payer.

Exceptions :

- possibilité pour la Sécurité Sociale de se retourner vers la caution qui est un tiers.

- Entreprise de travail temporaire : garantie financière. Accidents du Travail lui est aussi imputable. ==> ETT verse les cotisations, si elle est défailante, l'URSSAF peut se retourner contre l'entreprise utilisatrice.

Travailleurs indépendants non agricoles et agricoles.

==> le débiteur est l'assuré qui est tenu de s'affilier et bénéficie des prestations.

==> Arrêt n° 15.

Organisme demande au conjoint de payer les cotisations en disant qu'il s'agit d'une dette ménagère.

Dès lors que l'indépendant est affilié à la SS, il fait bénéficier sa famille des prestations.

La dette du travailleur indépendant constitue une dette ménagère au sens de l'article 220 du code civil.

De même, on pourrait aussi faire jouer une caution.

Dans un groupe ==> on regarde quelle société du groupe exerce les prérogatives de l'employeur ==> elle devra payer les cotisations sociales.

2) Le fait générateur de la dette de cotisation.

Quel événement constitue le fait générateur de la dette ?

Dans les années 1960 : controverse entre 2 conceptions du fait générateur : pour certains c'était **l'exercice même de l'activité (Chambre criminelle)**, pour d'autres, le fait générateur était **le versement de la rémunération (Chambres civiles)**. = conception fiscale.

==> **Versement effectif de la rémunération** a été retenu comme étant le fait générateur de la dette de cotisation.

Arrêt 4 : pour l'application des règles d'exigibilité, ce qui constitue le point de départ délai d'exigibilité des dettes de retraite complémentaire et prévoyance est le **versement e la rémunération**.

Le fait générateur **détermine des délais d'exigibilité**.

Une fois la rémunération versée, l'employeur est tenu de verser les cotisations à l'URSSAF dans :

- Entreprises de 1 à 9 salariés :
 - o Versement trimestriel
 - o Il intervient dans les 15 premiers jours du trimestre civil suivant.
 - o 4 versements par an donc.
- Entreprise de 10 salariés et plus.
 - o Sommes et avantages versés avant le 10 du mois : **cotisations doivent être versées avant le 15 du même mois.**
 - o Sommes versées après le 10 du mois : **versement doit intervenir dans les 15 jours du mois suivant.** ==> Lorsque paye en fin de mois, il faut payer l'Urssaf dans les 15 jours du mois suivant.
 - o Entreprises de plus de 50 salariés ==> **au plus tard le 10 du mois suivant.**

Les cotisations sont **portables** et non quérables.

==> Arrêt 12 :

ex : si paiement par chèque : débiteur est libéré lorsque le chèque arrive à l'URSSAF et non lorsqu'il est posté.

C'est au moment où la **somme est inscrite au compte de l'URSSAF** que l'on considère que la dette est éteinte.

3) Les modalités de paiement.

Régime de salarié : c'est l'employeur qui doit payer les cotisations.

En matière de TVA, celle-ci doit être payée au fur et à mesure.

Pour les cotisations des salariés, l'URSSAF attend, l'employeur est tenu dans les délais d'exigibilité de calculer les montants des cotisations dus par les salariés, de les précompter, ajouter sa part et de les verser à l'URSSAF.

L'application se fait donc au fur et à mesure en fonction de la taille de l'entreprise (4 fois par an ou à chaque échéance). ==> régularisation annuelle toujours possible.

Régimes de non salariés et d'exploitants agricoles.

==> pas d'obligation spontanée, ce sont les organismes qui envoient un avis et un échéancier pour payer.

Les cotisations sont assises sur le revenu professionnel défini en fonction de la règle fiscale.

Chaque année, l'administration des impôts détermine le montant brut de son revenu professionnel et envoie aux caisses d'indépendants le chiffre de ce revenu professionnel imposable brut. L'organisme calcule alors les cotisations en appliquant les taux et envoie un échéancier au débiteur.

L'assiette retenue est le revenu fiscal brut = CA – les charges. (différent pour le FISC qui applique différents abattements et l'impôt est progressif).

Les modes de règlement.

On peut régler ses cotisations **par tout moyen** : virement, chèque, espèces (en deçà d'un certain seuil).

Le **téléversement** est désormais possible.

Versement en un lieu unique (VLU) : quand une entreprise a beaucoup de salariés elle doit payer les cotisations à L'URSSAF du siège de l'entreprise.

Si entreprise à pluri-établissements et qu'un établissement centralise les payes, on peut demander à ce qu'une seule URSSAF soit désignée pour les différents règlements mais aussi pour les contrôles.

Incidents de règlements.

Il est possible de demander **des délais de paiement.**

Lorsque **hors procédure collective**, le délai de paiement est une **compétence exclusive de l'organisme auquel le redevable doit les cotisations.**

==> règles sur la juridiction gracieuses sont exclues (article 1224-1 code civil).

Cass juge de manière constante que ces dispositions ne peuvent recevoir application aux cotisations sociales :

- puisque directeur de l'URSSAF peut accorder des délais ==> pas besoin de s'adresser au juge.

- Article 1244-1 s'applique à des obligations de droit civil or ici : financement d'un service public.

==> *Arrêt 19 juillet 2001* : juge de l'exécution **peut accorder des délais.**

Cass : règle s'applique en matière de cotisations lorsque l'organisme de recouvrement **poursuit le redevable après condamnation.**

En cas de procédure collective : dette de cotisation va rentrer dans le droit commun.

==> elles cessent d'être exigibles.

Cela fait échec à la procédure de recouvrement forcé par l'URSSAF.

En revanche, **contentieux de l'assiette reste possible** alors que ce qui a trait au recouvrement est gelé et prend place dans le cadre de la procédure collective.

II) Les pouvoirs de contrôle et de redressement.

Les textes ont doté les organismes de recouvrement de pouvoirs pouvant aller jusqu'au recouvrement forcé.

1) La procédure de contrôle et de redressement.

Les textes fiscaux sont interprétés de manière extrêmement favorable au FISC par le Conseil d'Etat alors que depuis une quinzaine d'années, la Cour de cassation interprète les textes au regard du principe de contradictoire notamment.

Décret 28 mai 1999 et 11 avril 2007.

a) Déroulement du contrôle.

Avis avant contrôle est nécessaire.

Avant 1999 ==> pas nécessaire.

Depuis le décret de 1999 le **contrôle doit être précédé de l'envoi d'un avis** sauf lorsque contrôle dans le cadre de la lutte contre le travail illégal.

Décret de 2007 précise que cet avis doit comporter **un certain nombre de mentions**.

Agents : inspecteurs du recouvrement peuvent procéder aux contrôles (ex ACERC), ils sont spécialement formés et **agréés par l'administration**.

==> agrément est une **condition de validité du contrôle**.

Obligations de l'employeur.

- **laisser le libre accès** à l'entreprise à l'inspecteur de recouvrement, à défaut il peut être poursuivi pénalement==> uniquement accès à des locaux professionnels.
- **Documents nécessaires au contrôle** : tous les documents dont l'inspecteur a besoin pour vérifier que le travailleur indépendant s'acquitte de ses obligations. L'employeur est donc de lui communiquer tous les besoins dont il a besoin. C'est donc une **obligation de l'employeur**, s'il s'y soustrait, l'inspecteur du recouvrement ne peut procéder lui-même à la recherche et à la saisie des documents au risque que le contrôle soit frappé de nullité : il doit seulement **constater** et l'employeur s'exposera à la fixation forfaitaire d'office.

Vis-à-vis des salariés.

Inspecteur du recouvrement peut s'adresser aux salariés pour leur demander leur identité, leur rémunération et le montant des retenues opérées sur celle-ci.

C'est la seule chose qu'il peut faire à l'égard des salariés, il ne peut leur adresser un questionnaire ou aller les voir chez eux ni interroger leurs proches.

==> Arrêt n°7.

Cass s'attache à définir les prérogatives des URSSAF par rapport au texte.

Principe du contradictoire.

==> n'a cessé d'être renforcé depuis 15 ans par la jurisprudence et par les décrets de 1999 et 2007.

Une fois le contrôle exercé, il doit envoyer un document au redevable qui dispose de 30 jours pour répondre. Tant que ce délai n'est pas expiré, l'URSSAF ne peut pas engager la procédure de mise en recouvrement des cotisations.

Décret 2007 : si l'employeur répondait avant les 30 jours, l'URSSAF pouvait partir en recouvrement forcé.

Désormais, une fois que l'expiration ==> recouvrement forcé, et quand l'employeur répond ==> URSSAF ne peut mettre en demeure avant la fin des 30 jours ==> effet sur la prescription.

Arrêts 11 et 19 : contradictoire s'applique même lorsqu'il n'y a **pas de contrôle**.

==> opérations sont frappées de nullité pour violation du principe du contradictoire.

Fixation forfaitaire : intéressé doit avoir été mis à même de discuter avant tout recouvrement forcé.

==> Risque de **nullité absolue** si principe du contradictoire n'est pas respecté.

Décret de 2007 :

- En amont : à réception de documents, de pièces, de paiement d'un redevable ; l'URSSAF peut faire un **contrôle a priori**, elle doit alors adresser au redevable un courrier sur les éléments qui posent problèmes et l'inviter à répondre dans les 30 jours.
- En aval : contrôle possible dans les locaux de l'URSSAF en fonction des éléments dont elle dispose.

b) Pouvoirs de l'organisme de recouvrement.

Contrôle doit porter sur les **éléments réels d'assiette** ==> **exclusion des extrapolations** : l'ensemble des éléments de l'entreprise doivent être examinés.

Technique de l'échantillonnage : jusqu'à une date récente, la Cour de cassation refusait cette technique, il fallait regarder la situation de chaque salarié.

Cass admet maintenant l'échantillonnage à condition que l'inspecteur du recouvrement ait obtenu **l'accord de l'employeur.**

==> Décret 2007 précise que c'est possible.

Reconstitution des bases.

L'inspecteur du recouvrement doit normalement se fonder sur les éléments du contrôle.

Exception : **fixation forfaitaire** (taxation d'office ou d'évaluation d'office = fiscal).

==> lorsque inspecteur n'a pas accès à des chiffres réels parce que comptabilité est incomplète, est erronée ou n'existe pas.

Comptabilité insincère : lorsque comptabilité ne représente pas la situation effective de l'entreprise.

Dans cette hypothèse, l'organisme de recouvrement peut fixer forfaitairement les bases du recouvrement.

===> Arrêts 3 et 14 : **URSSAF doit rapporter la preuve en cas de contentieux que la fixation forfaitaire était justifiée.**

Une fois ces conditions réunies, le redevable doit rapporter la preuve que la méthode suivie par les inspecteurs du recouvrement était exagérée.

Le redevable peut opposer sa doctrine à l'URSSAF.

Si un élément n'a pas été soumis à cotisations et que 2 redressements de suite : le premier inspecteur ne dit rien et le second désire redresser.

Lorsque précédent vérificateur a approuvé la pratique, Cour de cassation permet dans de telles hypothèses d'opposer l'approbation d'une pratique de l'entreprise à l'occasion d'un second contrôle.

- en cas **d'approbation expresse** de l'inspecteur.
- en cas de **silence circonstancié** : inspecteur dispose de tous les éléments lui permettant de faire son contrôle et ne dit rien, si le redevable parvient à prouver que lors du premier contrôle l'agent avait entre les mains tous les éléments qui lui auraient permis de faire une observation et qu'il ne l'a pas faite ==>**approbation tacite** ==> il faut alors prouver que l'inspecteur avait toute les pièces.

Décret 1999 : le silence gardé par l'agent chargé du contrôle vaut approbation des pratiques de l'entreprise dès lors qu'il est établi qu'il avait entre les mains les éléments lui permettant de se prononcer sur les pratiques de cette entreprise.

= jurisprudence a été codifiée donc.

2) Le recouvrement forcé.

Le recouvrement des cotisations sociales peut faire appel à des voies de recouvrement forcé.

a) La mise en demeure.

Chaque fois qu'un organisme de Sécurité Sociale veut engager le recouvrement forcé ou non forcé des cotisations, il lui appartient de notifier au préalable une mise en demeure au redevable.

Elle a une nature juridique particulière ==> vraie décision de redressement.

Cela signifie que l'organisme de recouvrement a décidé de s'engager afin d'obtenir le paiement des sommes dues.

La mise en demeure **fixe les termes du redressement** = chefs retenus.

==> les raisons du redressement et le montant.

On ne peut revenir dessus.

Puisque c'est une décision, elle fait l'objet d'une prescription : tant qu'il n'y a pas eu mise en demeure, la **prescription n'est pas interrompue**.

Elle interrompt donc la prescription et fixe les termes du recouvrement.

La mise en demeure est un acte **purement administratif**.

==> Arrêt 18 : Cour de cassation juge de manière expresse que la mise en demeure délivrée par une URSSAF n'est pas de nature contentieuse. Elle interrompt la prescription par l'envoi d'une lettre recommandée avec AR.

La mise en demeure doit :

- **identifier son auteur personne morale : URSSAF.**
- **Problème de la signature a été exclu : loi du 12 avril 2000 (DCRA) :** elle définit différentes règles de procédure administrative régissant les rapports entre l'administration et ses usagers. Toute décision doit mentionner le nom, le prénom et la qualité du signataire.
 - o **Portée :** prescrit à peine de nullité.
 - o **Cass :** dans certains cas la nullité est absolue, pour une telle question, la Cour de cassation a décidé qu'il s'agissait d'une question de pure forme et n'a donc aucune importance.
- **Motivation de la mise en demeure : arrêt Deperne – 19 mars 1992 (Doc 1).** La mise en demeure doit donc indiquer **la nature et le montant des cotisations réclamées et la période à laquelle elle se rapporte** parce qu'elle doit permettre au redevable de déterminer la **nature, l'étendue et la cause de son obligation**. = **nullité absolue** si elle n'est pas motivée. Cour de cassation a admis que l'on pouvait motiver par référence au rapport de contrôle.
 - o L'intéressé doit pouvoir savoir exactement ce qui lui est reproché.

==> Décret de 2007 codifie la procédure de la Cour de cassation.

b) Les voies de recouvrement.

- **TASS** : aux fins de condamnation du redevable au paiement des sommes ayant fait l'objet de la mise en demeure.
- **Constitution de partie civile** devant le juge répressif.

La contrainte.

= possibilité pour l'organisme de se délivrer un titre exécutoire.

==> Organisme fait signifier **une contrainte** au redevable par voie d'huissier et doit avoir la **même motivation** que la mise en demeure.

Depuis 1985, la contrainte est délivrée par l'URSSAF sous la signature de son directeur.

Effets de la contrainte :

- il faut payer les sommes signifiées par la contrainte + les frais de signification
- opposition faite dans les 15 jours de la signification et doit être motivée : au moins un argument de droit doit être soulevé.
 - o Si opposition est fondée : TASS annule la contrainte
 - o Si elle n'est pas fondée, TASS valide la contrainte.
 - o Si **pas d'opposition** recevable **contrainte produit tous les effets qui s'attachent d'ordinaire à un jugement = prérogative de puissance publique ==> uniquement pour le recouvrement des cotisations.**

La procédure sommaire.

==> plus utilisée en pratique, elle consiste à demander l'aide de l'Etat via la procédure de **l'Etat exécutoire**.

Organisme de Sécurité Sociale a donc le pouvoir de se délivrer un titre exécutoire.

III) Le régime des prescriptions, des garanties et sanctions.

a) Prescriptions.

- **Prescription des cotisations de 3 ans ==> court à compter du délai d'exigibilité.**
 - o Jusqu'au 31 décembre 2003 : **courrait à compter du fait générateur =prescription glissante.**
 - o Depuis 1^{er} janvier 2004 ==> **prescription par année civile.**
 - o On ne peut y procéder que pour les **3 années civiles antérieures et l'année en cours. Si cotisations sont dues au titre de la fin de l'année ==> presque 4 ans.**
- **Prescription de l'action en recouvrement de 5 ans ==> court à compter del'expiration du délai imparti par la mise en demeure pour payer les cotisations.**

==> lorsque l'on verse ses cotisations après l'expiration du délai de prescription, l'action en répétition ne fonctionne pas.

==> contrainte peut être exécutée dans les mêmes délais qu'un jugement ==> 30 ans.

b) les sûretés.

2 types de privilège sur les cotisations :

- Hypothèque légale sur les immeubles du débiteur
- Privilège sur les biens meubles (arrêt n°6) : une inscription et éventuellement la complétée au fur et à mesure doit être faite.

c) **Le régime des sanctions.**

- **Sanctions pénales**

Fait pour un travailleur indépendant de ne pas payer ses cotisations ==> **pas de sanction pénale mais déchéance de ses droits.**

Régime général : l'employeur qui ne remplit pas ses obligations porte directement préjudice au salarié.

Rétention indu du précompte.

==> contravention de 5^e classe et récidive est un délit.

Non paiement des cotisations employeur.

==> Contravention de 3^e classe et récidive est une contravention de 5^e classe.

Obstacle au contrôle ==> même peines que les obstacles aux interventions de l'inspecteur du travail.

- **Sanctions administratives**

Lorsqu'il ne paye pas les redevances qu'il doit, le redevable s'expose à plusieurs sanctions :

Pénalités.

Lorsque l'employeur n'adresse pas les pièces requises (bordereau rectificatif notamment) ==> pénalité de 7,05€ par manquement multiplié par le nombre de salariés. Elle ne peut excéder 750€

Majorations de retard.

==> Automatiquement une majoration de 5% qui est portée à 10% en cas de travail illégal + 0,4%/mois ou fraction de mois qui s'écoule entre la fin du délai d'exigibilité et le jour du paiement.

Décret 2007 : ces taux de majoration ont été réduits.

==> car sanctions qui ont un caractère de punition.

Cette raison a conduit le pouvoir réglementaire à réduire le taux à 0,4%.

Remises de majoration.

- **Remise automatique**

Lorsque **certaines conditions sont remplies** ==> remise des majorations :

- pas d'infraction dans les 24 mois précédents
- montant des pénalités et/ou majoration doit être inférieur au plafond mensuel cotisations.
- Intéressé doit s'être acquitté de ses obligations dans le mois de leur exigibilité.

En cas de travail dissimilé ==> pas de remise.

- **Remise gracieuse.**

==> Décision de l'organisme qui doit être dûment motivée. Il faut qu'il y ait eu d'une part règlement des cotisations ou accomplissement des obligations en cas de problème de remise de pièces.

==> L'intéressé doit être de **bonne foi**

==> a priori : contrôle du juge (TASS) puisque celui ci s'exerçait déjà sous l'empire de l'ancien régime.

Les assurances sociales

La couverture des risques liés à la santé : les assurances maladie, maternité, invalidité et décès.

Introduction.

Soins

Toute la population est couverte par le régime général + CMU entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000.

Depuis, toute personne résidant en France bénéficie à défaut d'un régime autre, de la CMU.

==> toute la population résidante en France est couverte pour les soins de santé = universalisation du système.

A peu près les mêmes règles de prise en charge ce qui n'était pas le cas auparavant notamment pour les travailleurs indépendants.

La couverture des soins pour les indépendants a été alignée sur le régime général.

Indemnités journalières.

==> seuls les régimes de salariés en bénéficient en cas d'arrêt de travail pour maladie ou maternité = prestations légales.

Pour les travailleurs indépendants, cela n'existe normalement pas sauf que cela se développe de plus en plus par le biais de couvertures complémentaires développées dans le cadre du régime.

==> prestations en espèce = compléments.

On commence à utiliser des techniques de prestations pour ces régimes alors qu'il y a encore 20 ans ces techniques étaient réservées aux salariés.

En terme de prestations légales ==> ne concerne que les salariés.

Prestations invalidité et décès.

==> uniquement pour les régimes de salariés en principe.

Pour les non salariés ==> ce sont développées en annexe de leur régime assurance vieillesse .

Ces régimes ont légalement le droit de développer d'une part une complémentaire vieillesse et de l'autre une couverture complémentaire invalidité et décès.

En matière d'Assurance maladie et maternité :

- **Prestations en nature** : soins en nature (docteur, pharmacie).
- **Prestations en espèces** : sommes d'argent données aux intéressés pour compenser la perte de salaire.

Prestations en espèce = indemnité journalière.

Assurés : ceux qui bénéficient de ces prestations.

Victimes ==> en matière d'accidents du travail.

I) L'assurance maladie.

A) Conditions d'ouverture des droits. (cf tableau)

= conditions à remplir pour avoir des droits et prétendre au bénéfice d'une prestation.

- être malade
- être assuré social depuis un certain temps.

Condition essentielle pour obtenir le versement ou le remboursement de soins ou d'IJ

==> appartenance depuis une durée variable au régime + paiement des prestations.

Le travailleur indépendant qui ne paye pas ses cotisations voit son régime d'AM suspendu.

Pour les **prestations en nature**, on va rechercher si l'assuré peut justifier :

- d'avoir payé des cotisations pendant un mois correspondant à 60h au Smic

- 120h de travail au Smic pendant 3 mois civils ou 3 mois de date à date ==> **ouvrent droit aux prestations pendant 1 an** : condition d'ouverture des droits qui est presque symbolique.
- Personnes travaillant en continu : 1200h au cours de l'année civile dont l'employeur atteste ==> **ouverture des droits pour 2 ans.**

Pour les **prestations en espèces** ==> conditions un peu plus dures (cf tableau).

Ex : si arrêt de travail le 1^{er} janvier 2008 : il faudra justifier pour période précédente d'une activité, au bout de 6 mois il faudra justifier d'une activité plus importante.

Pour les **exploitants agricoles** ==> règles comparables.

B) Les prestations en espèces.

= **Indemnités journalières** pour les assurances maladie.

==> Indemnisations partielle de la perte de revenus professionnels = salaires.

Conditions :

- Etat de santé doit justifier un **arrêt de travail** ==> ordonné par un médecin qui rend un avis d'arrêt du travail et peut faire l'objet d'un contrôle.

Calcul IJ :

- **Délai de carence** : 3 premiers jours d'un arrêt de travail = jamais indemnisés : pas d'IJ.

- **IJ le 4^e jour** ==> égal à la moitié du salaire de référence : 50% du salaire brut ==> on conserve le **principe du plafond** : IJ maximum de 50% du **plafond mensuel** de la Sécurité Sociale.
- **Règles de maxima et de minima** : 50% du gain journalier dans la limite du plafond mensuel.
- **Quand assuré a au moins 3 enfants à charge** ==> IJ passe aux 2/3 à compter du 31^e jour d'arrêt de travail.

Durée des IJ :

- Maximum de 360 IJ sur une période de 3 ans.
- En cas de **maladies graves (affections de longue durée)** ==> IJ versée **pour une période continue pour maladie de longue durée** ==> IJ pendant **une période de 3 ans maximum** puis pension d'invalidité ou de retraite ==> il faut être reconnu atteint par **le service de contrôle médical** et non par le médecin traitant.

IJ complémentaire à la charge de l'employeur.

==> le salarié en arrêt de travail qui ne perçoit pas l'intégralité de son salaire va pouvoir obtenir par l'intermédiaire de l'employeur la **couverture du délai de carence et le complément sur les jours suivants = maintien du salaire.**

Généralisé par une loi de 1979 qui prévoit que les conventions et accords de branche **doivent prévoir ce mécanisme d'indemnisation complémentaire lorsque le salarié est en arrêt maladie.**

Si l'accord collectif prévoit le maintien pur et simple du salaire, le calcul est simple : **différence entre salaire et IJ.**

Cass estime que les **clauses de calculs de la convention collective doivent s'appliquer** par elles-mêmes même si le salarié touche au final plus que son salaire ordinaire ==> l'intéressé y a droit.

La loi de 1979 prévoit que l'employeur peut faire contrôler le salarié par un médecin.

C) Les prestations en nature.

a) Principes de prise en charge.

Caractère familial des prestations en nature.

Un assuré peut bénéficier de la prise en charge non seulement de ses propres soins mais également de ceux de ses proches sans cotisations supplémentaires.

= **ayants droits** : ceux ayant droit aux prestations du fait de l'assuré.

- **Le conjoint**

- par mariage.
- Concubin ==> heteros ou homo depuis 1992.
- PACSE

- **Descendants**

- Enfants à la charge de l'assuré social jusqu'à l'âge de 16 ans avec des exceptions pour les enfants faisant des études ou en apprentissage.
- Ascendants au 2^e degré
- Collatéraux
- Certains alliés. ==> doivent être à la **charge effective et totale**.

- **En cas de divorce** : demeure ayant droit de son ex pendant 1 an.

Tous ceux pouvant prouver des liens familiaux ont été rattachés.

Assurance remboursement.

Il faut **payer puis on est ensuite remboursé** ==> différent de la GB.

==> différent du **mécanisme du tiers payant** : dans certains cas, l'assuré se fait délivrer des soins, ne paye pas le professionnel qui se fait payer directement par l'assurance maladie la part supportée par celle-ci.

==> existe depuis 1945 pour les hôpitaux, puis cliniques privées, pharmacies, médecin.

Cette assurance remboursement n'est pas intégrée ==> comporte la participation des assurés.

Participation de l'assuré.

Système de Sécurité Sociale n'assure pas une couverture à 100%

- **Ticket modérateur** = participation de l'assuré.
 - o Ex : Médecin ==> ticket modérateur de 30% sauf si couverture complémentaire.
 - o Médicaments : ticket modérateur va de 0% à 65%.
 - o Actes médicaux : infirmiers, kiné ==> 40%.

==> Parfois exonération du ticket modérateur ==> affection de longue durée, exonération ne joue que pour l'affection et non pour une jambe cassée par exemple.

- **Forfait hospitalier.**
 - o Couvre les dépenses d'hébergement et de restauration
 - o Perçu par jour. ==> 16€.

- Prestation classique dans les contrats de couverture complémentaire.
- **Loi Douste-Blazy de 2004** : contribution de 1€ par boîte de médicament.
- **Franchise** : prélèvement d'un ou deux euros pour chaque médicament dans la limite de 50€

b) Règles de tarification.

- Professions de santé

- Conventions nationales
 - Tarifs.
 - 2^e secteur
 - Maîtrise des dépenses.

- Pharmaciens

- Fixation administrative des coûts.
 - TIPS : prix auquel la Sécurité Sociale rembourse.
 - Médicaments ==> fixé par le gouvernement pour l'essentiel
 - Prix impératifs.
 - Prix limite.

- Hôpitaux publics.

- **Dotation globale** versée par l'assurance maladie ==> 9/10^e activité pour les assurés sociaux : versé par l'assurance maladie donc, le reste de l'activité est à sa charge.
- **T2A : tarification a l'activité.**
- Moitié de la dépense de santé = dépense hospitalière.

II) L'assurance maternité

Conditions d'ouverture des droits.

- Mêmes que pour l'assurance maladie ==> prestations en nature et en espèces.
- Appréciables au premier jour du 9^e mois avant la date présumée d'accouchement.
- Pour les **indemnités en espèces** : nécessité de 10 mois de cotisation à compter de cette même date.

Les prestations.

==> servies dans des conditions plus favorables.

- **Prestations en nature** : soins et assimilés pour la grossesse et l'accouchement.
 - o S'étend à la famille : assuré homme ou femme.
 - o Prise en charge à 100% ==> sans ticket modérateur ni forfait journalier, pas de contribution à 1% de la loi Douste-Blazy.
- **Prestations en espèce** :
 - o Indemnité journalière ==> congé de maternité.
 - o Montant des IJ : maintien du salaire brut duquel on retire les cotisations obligatoire et la CSG/CRDS ==> reste pour l'assuré. ==> salaire net

- Durée du congé : règle de base : 16 semaines, 6 avant la naissance et 10 après. Elle ne bouge pas. ==> **droit aux IJ est subordonné à la prise du congé.**
 - **Cas d'allongement** : à partir du 3^e enfant ==> 26 semaines (8 + 18)
 - **Jumeaux : 34 semaines. (12 + 22)**
 - **Triplés : 46 semaines. (24 + 22).**
- **Adoption** : IJ pour le droit à IJ postérieur à la naissance.
- **Décès de la mère : père a droit aux IJ de la mère.**

Le congé de paternité institué par la loi du 21 décembre 2001.

Depuis très longtemps ==> principe des 3 jours.

Mais congé de paternité = réservé aux salariés : donne au père un congé supplémentaire de **11 jours voire 18 jours** en cas de naissance ou adoption multiples.

==> IJ calculée comme en assurance maternité ==> salaire net.

Cette prestation **relève de l'assurance maternité** mais financement est imputé à **labranche prestations familiales**.

==> n'existe donc que dans les **régimes de salariés**.

III) L'assurance invalidité

Elle a pour objet de compenser la perte de gain d'origine non professionnelle.

Conditions d'ouverture de droits.

==> conditions pour les IJ maladie pour plus de 6 mois car elle lui succède souvent.

==> immatriculation préalable d'au moins 12 mois.

==> avoir moins de 60 ans.

Définition invalidité.

= Définition précise.

On regarde la **réduction de la capacité de gain ==> de 2/3.**

La personne peut-elle ou non exercer une activité lui permettant d'avoir au moins 1/3 de ce dont il disposait avant ?

Se fait en principe en référence à la situation qu'il exerçait.

= appréciation essentiellement médicale.

==> donne lieu au **contentieux technique de la Sécurité Sociale**

Pension d'invalidité.

- **invalide de première catégorie** : peut encore exercer une profession : 30% du salaire antérieur brut dans la limite du plafond.
- **Invalidité de deuxième catégorie** : ne peut plus travailler du tout ==> 50%.
- **Majoration pour tierce personne** : due à la personne invalide qui a besoin de l'aide constante d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie.
 - o **Montant théorique** : 40% de la pension.
 - o **En fait** : minimum : environ 12 000€/an.

IV) L'assurance décès.

= prestation de survivant.

Elle a pour but de limiter par une pension (capital décès) les conséquences du décès de l'assuré. = dispositif minimaliste.

==> + assurance vie, mécanisme de prévoyance.

Conditions.

La personne décédée (= de cujus) doit être assurée.

Il doit avoir exercé un emploi salarié pendant une période de référence.

Prestation.

= capital décès (différent d'une rente car versé en une seule fois).

Montant : 90 fois le gain journalier de base utilisé pour calculer les IJ maladie.

= 3 mois de salaire.

Minima : ne peut pas être inférieur à 1% du plafond annuel.

Bénéficiaires :

- conjoint non remarié ni séparé
- à défaut : descendants (enfants, petits enfants)
- à défaut : ascendants
- doivent avoir été à la charge effective, totale et permanente du de cujus.

Les retraites et l'assurance vieillesse.

Jusqu'à la loi Fillon de 2003, dans le code de la SS, on parlait de « pensions de vieillesse ».

==> pensions de retraite maintenant.

Notions générales.

Distinction entre :

- **les droits contributifs**
- **les droits non contributifs**

Droits contributifs : à partir du moment où le droit à prestation est la contrepartie des cotisations versées par l'intéressé durant sa vie.

==> **pension** de retraite = droit contributif.

Un droit contributif se traduit par l'attribution d'une pension.

Droits non contributifs : pour ceux qui ont des ressources insuffisantes, on ne leur demande pas de justifier d'une cotisation.

==> ils bénéficient **d'une allocation.**

En matière d'assurance vieillesse, c'est la branche de la Sécurité Sociale qui reste la plus contributive du système.

Les régimes légaux.

= fixés pour l'essentiel par la loi et couvrent le risque vieillesse.

==> Mutualité sociale et mutualité sociale agricole.

Les régimes complémentaires de retraite.

ARRCO : non cadres

AGIRC : cadres.

Ce sont des régimes conventionnels obéissant à certains principes fixés par la loi.

S'y ajoutent des **régimes supplémentaires.**

Ils dépendent de la branche ou de l'entreprise dans laquelle le salarié exerce son activité et dépend aussi du rang hiérarchique.

ARRCO et AGIRC ne sont pas des régimes supplémentaires.

Prévoyance = tous les risques sauf la retraite.

Retraite = complément de retraite ==> retraite supplémentaire.

Le régime supplémentaire doit être géré séparément pour qu'on lui applique les règles prudentielles.

Distinction entre la capitalisation et la répartition.

Capitalisation : système dans lequel les contributions qui sont versées au fur et à mesure par les actifs viennent alimenter un capital, c'est avec le revenu de celui-ci que l'on verse les prestations.

Il faut donc une activité économique soutenue, un rendement est nécessaire.

Elle marche aujourd'hui car dans la plupart des pays, elle occupe une **place relativement marginale. Cela exige aussi des règles de gestion prudentielles.**

Fond de pension bien géré : actifs placés dans un fond à faible rendement mais à revenu garanti.

Elle repose sur une gestion financière à long terme qui nécessite que le capital continue à se développer.

==> problèmes de gestion actuarielle.

Prestations définies : gestionnaire du fond s'engage à un niveau de prestations.

Répartition.

Technique née avec la Libération.

Exemple : une année déterminée, les actifs affiliés à un régime payent des cotisations qui servent à payer des pensions aux retraités.

Avantage : plus stable.

Inconvénient pour les assurés : pas beaucoup de garanties financières par rapport au système de capitalisation.

==> uniquement les sous de l'année.

Il faut donc ajuster année après année.

I) Les droits contributifs

On se concentre sur le régime général ==> on étudie en même temps les salariés agricoles.

Régimes alignés= ORGANIC et CANCAVA.

Dans le régime général : cotisation est partagée entre l'employeur et le salarié alors que pour les indépendants, celui-ci paye tout seul.

Aligné car quand on modifie le régime général, on applique ces modifications à ces régimes alignés.

Professions libérales : alignement.

Sauf : CMBF (avocats) ==> allocation vieillesse due à condition de justifier 45 années d'activité.

Exploitants agricoles : pas un régime aligné ==> particularité : aides familiaux d'exploitation pour lesquels il paye des cotisations réduites.

1) Les régimes légaux d'assurance vieillesse.

a) L'évolution des règles d'attribution des pensions.

Certaines règles anciennes subsistent.

Ex : en 1910 : retraites ouvrières et paysannes ont duré jusque dans les années 1930.

Certaines personnes y ont été affiliées puis affiliées aux assurances sociales et enfin au régime général de Sécurité Sociale ==> on a pris en compte leur droit au titre de chacun de ces régimes.

En matière d'assurance vieillesse ==> on se base sur de longues périodes.

1946 : on ouvre le droit à pension à 60 ans car dans les années 28-30 quand fut créé le régime des assurances sociales on avait pris l'âge de 60 ans.

==> 20% du salaire moyen de référence.

Chaque fois que départ est reporté d'un trimestre ==> 1,25% en plus par trimestre.

Si part à 65 ans ==> 40% = taux plein.

1972 : Loi Boulin.

A 60 ans ==> 25% au lieu de 20%.

A 65% ==> 50%.

En 1946 pour calculer le Salaire annuel moyen on prenait les **10 dernières années**, en 1972, on passe à la règle des **10 meilleures années**.

Des majorations forfaitaires ont en outre été accordées : personnes ayant obtenu leur pension avant la loi Boulin, et sa pension a été forfaitairement pour qu'il ait une pension comparable à celle qui aurait eu sous la loi Boulin.

1982 : Retraite à 60 ans pour tous.

==> tout le monde à 50% des 60 ans.

Ordonnance pose le principe selon lequel à l'âge de 60 ans on a normalement le taux de 50% sous réserve d'une carrière complète.

50% devient alors le taux plein.

Alors qu'en 1946 et 1972, on pouvait continuer à augmenter le taux si on continuait à travailler : 1,25% de plus par trimestre.

Ce taux peut être inférieur si la carrière de l'intéressé est insuffisante mais en principe ce taux de pension ne peut dépasser le taux plein.

Fin années 80 : débat sur les retraites ==> Livre Blanc sur les retraites (Rocard).

Génération du baby boom arrive à la retraite.

De plus, les gens vivent plus longtemps.

En outre, la croissance est moindre et le chômage est important : personnes qui ne cotisent pas = autant de moins pour payer les pensions.

Loi de juillet 1993 : réforme Balladur.

Elle s'applique au régime général, aux salariés agricoles et aux régimes alignés.

3 mesures :

- **Carrière** : depuis les années 30 on raisonnait sur la base de 150 trimestres = 37,5 annuités. ==> On passe à 160 trimestres = 40 annuités à raison d'un trimestre par an.

- **Salaire annuel moyen** : on passe des 10 meilleures années aux 25 meilleures années ==> progressivement à partir de 1994.

- **Revalorisation des pensions** : en fonction de l'évolution des prix alors qu'auparavant c'était en fonction des salaires.

Plus de la moitié du rééquilibrage vient de cette dernière mesure.

Réforme de 1993 a donc permis de redresser la barre.

Loi Fillon de 2003.

On y trouve essentiellement un nouveau durcissement des conditions d'ouverture des droits.

On étend les principes de 1993 à certains régimes spéciaux : pensions civiles et militaires de l'Etat et pensions des agents des collectivités locales.

==> revalorisation en fonction des prix pour eux aussi.

==> Reste à la règle du **salaire annuel moyen des 6 derniers mois**.

On applique un % à leur traitement correspondant à l'indice qu'ils ont eu au cours des 6 derniers mois de leur carrière.

==> Calendrier d'allongement ==> 40 annuités en 2012 et 42 en 2016.

==> Développement des mesures de coordination : jusque là la coordination fonctionnait entre les régimes de Sécurité Sociale au sens étroit du terme ==> pas pour les régimes spéciaux.

La **règle de coordination a été étendue** : maintenant ==> tout régime confondu.

Cela s'est traduit au niveau du vocabulaire par la généralisation des trimestres.

Éléments de calcul d'une pension.

On applique un taux à un salaire annuel moyen (SAM des 25 meilleures années).

On retient également la durée de la carrière et un âge.

Idéal : durée de carrière de 40 ans et âge de 60 ans ==> pension = 50% du salaire annuel moyen des dernières années.

Ex : Salaire Annuel Moyen : 2000€ ==> pension de 1000€.

Premier élément important : durée de la carrière.

==> 40 ans normalement (puis 41 et 42 ans).

Report de compte individuel = chaque année on regarde cette cotisation que l'on compare à une cotisation de référence faible (200 fois la valeur horaire du Smic).

Si la somme gagnée correspond à 200 fois valeur horaire SMIC ==> un trimestre.

Opération de report au compte consiste à comparer la rémunération ayant servi de base au versement des cotisations vieillesse par l'employeur à cette valeur de 200 fois la valeur horaire du SMIC.

Ce mécanisme est extrêmement favorable, peu importe le nombre d'heures travaillées sur l'année ou les sommes payées par rapport au travail effectué.

Trimestres : on y met des périodes cotisées.

Pour qu'il y ait un trimestre : il faut une cotisation correspondant au moins à 200 fois la valeur du SMIC.

On y ajoute des **périodes assimilées** : lorsqu'une personne est malade ou a une activité hachée.

La période sera comptée comme un trimestre : maladie, maternité, accident de travail, chômage indemnisé.

Femmes dont carrière était insuffisante avaient le droit à 2 années par enfant élevé.

Conseil constitutionnel a raisonné en 2 temps :

- le critère du sexe n'est pas un critère objectif permettant l'application d'une règle distincte.
- En pratique ==> plus de femmes qui élèvent leurs enfants : on maintient donc cette règle à titre transitoire.

Loi Fillon maintient donc ce dispositif en vigueur mais pour l'avenir la règle qui s'appliquera sera différente, hommes et femmes pourront en bénéficier à condition de justifier d'un congé parental ou assimilé.

Le salaire annuel moyen.

On regarde dans le compte individuel année après année le salaire qui a servi de bases aux cotisations et on recherche les 25 meilleures années.

Le **salaire annuel moyen** maximum correspond au plafond.

Le taux de la pension.

= % que l'on applique au **salaire annuel moyen** des 25 meilleures années ==> 50% depuis 1972.

Age : 60 ans.

- Régimes spéciaux : dates d'ouverture des droits moindre.

- SNCF : 50 ans pour les roulants
- 55 ans pour les sédentaires.
- Loi Fillon 2003 : ouvre la possibilité de partir avant 60 ans pour les gens remplissant les conditions de carrière.

Liens entre les problèmes posés par l'âge, durée de carrière et taux.

Carrière < 40 ans : si l'assuré est âgé de 60 à 65 ans : application de la décote sur le taux.

On diminue le taux de sa pension de 1,25% par trimestre manquant car il n'a pas la carrière nécessaire.

==> passe de 50 à 45%.

De plus ==> **proratisation pension**: il lui manque des annuités ==> pension de 32/40^e d'une pension avec une décote s'il a 32 trimestres.

Pension = taux avec décote x taux de trimestre cotisés/trimestre exigés.

Ex : une personne de 65 ans et une carrière incomplète.

==> taux plein de 50% car 65 ans : pas de décote.

Mais pas de carrière complète : proratisation ==> 35/40^e.

SI plus de 65 ans et carrière incomplète.

==> taux plein car plus de 65 ans.

==> majoration carrière : 10% par année après 65 ans.

Loi 2003 a introduit **la surcôte** qui aboutit à majorer le taux de la pension.

Elle s'applique pour ceux qui travaillent après 60 ans alors que leur carrière est complète.

Régime juridique des pensions.

==> minimum contributif.

Les gens qui ont contribué ont le droit à un minimum.

Ce minimum est proratisé.

= 550€ pour quelqu'un pouvant justifier de 40 annuités s'il obtient moins que cela au final.

Majorations :

10% quand plus de 3 enfants.

Conjoint à charge : 610€/ an.

Majoration pour tierce personne : versée au moment de la liquidation de la vieillesse.

= accessoire de la prestation sociale.

Liquidation des pensions.

Elle est normalement subordonnée à la cessation de l'activité, ce qui n'interdit pas d'en reprendre une ensuite.

Pour demander sa pension, il faut en même temps cesser sa pension.

Revalorisation : tous les ans les pensions sont revalorisées en fonction des prix.

Intangibilité des droits liquidés.

Tant que dans une situation de cotisants ==> pas de droits au sens juridique du terme.

Une fois les droits liquidés, la pension est intangible, on ne peut revenir sur les bases retenues pour la liquidation.

La pension de réversion.

La pension de réversion n'est due qu'au conjoint, à l'exclusion des concubins, pacsés et autre.

Avant 2003 :

- conjoint survivant doit avoir au moins 55 ans
- marié avec le de cujus pendant au moins 2 ans
- qu'un enfant soit issu du mariage.
- Conditions de ressources.

Loi 2003 :

- fait disparaître la condition d'âge,
- condition de non-remariage disparaît aussi
- quand plusieurs conjoints survivants.

2) Les régimes complémentaires de retraite.

Convention collective 1947 crée l'AGIRC.

1970 : ARRCO pour les non cadres. Ce régime est unique depuis 1999.

La loi Boulin **a rendu obligatoire l'affiliation** au régime complémentaire de retraite.

Ce sont des régimes par points :

- attribue chaque année des points en fonction de la cotisation

Ex : 2007 : valeur du point = 1€.

Au moment liquidation ==> compte en points. On liquide la pension sur la base du nombre de points acquis et perçoit une somme en fonction de la valeur du point.

Différence entre le taux d'appel et le taux contractuel.

Ex : ARRCO : tranche 1 : de 0 à 2600€ (plafond SS) et tranche 2 qui va de ce plafond à 3 fois le plafond.

Sur la tranche 1, un salarié gagne 2000€ par mois ==> taux contractuel de 6% et taux d'appel de 7,5%.

Employeur prend en compte le **taux d'appel**.

On converti ce taux d'appel en points mais le retraité ne percevra que par rapport à ce qu'il aurait du normalement payer (6%).

II) Les droits non contributifs : l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Il s'agit de prestations versées aux personnes âgées de plus de 65 ans parce qu'elles n'ont pas de ressources suffisantes, l'Etat finance une allocation pour leur permettre de bénéficier d'un niveau minimum.

Minimum vieillesse : pas une allocation mais un seuil. On porte les ressources d'une personne âgée ou d'un couple à ce seuil.

Intenté en 1956 et financé par la vignette automobile ==> FNS.

Ordonnance 24 juin 2004 ==> crée **l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)**.

Pour y avoir le droit il faut une résidence stable et régulière en France.

L'intéressé doit aussi avoir un âge requis (entre 60 et 65 ans).

Montant de cette allocation :

- 7455,30€/an pour une personne seule
- 13374,16€/an si c'est un ménage.

Cette allocation permet une simplification par rapport aux allocations par étage.

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL.

Couverture spécifique des Accidents du Travail ==> 9 avril 1898.

= première loi de Sécurité Sociale (symboliquement) = premier dispositif spécifique pour un risque social. Juridiquement, c'est une loi de responsabilité civil qui déroge aux articles 1382 et suivants. ==> faute inexcusable = soupape de sécurité.

Cette loi écarte l'application de 1382s en matière d'AT pour substituer une responsabilité de l'employeur au risque et une contrepartie forfaitaire.

En 1886 : Bismarck dote l'Allemagne d'un système d'assurance sociale.

1946 : système rentre dans la Sécurité Sociale et devient une branche du régime général.

Le propre de la branche Accidents du Travail est d'aboutir à une indemnisation forfaitaire.

Le champ d'application de la couverture.

AT demeure lié à la qualité de salarié et assimilés.

Salariés agricoles entrent aussi dans ce régime.

Régimes spéciaux ==> couverture professionnelle.

L'ensemble des travailleurs dépendants sont donc couverts par la branche.

Les exploitants agricoles se sont vus dotés d'un système propre.

Loi 30 novembre 2001 : crée un régime pour les exploitants agricoles : l'AAEXA. Les exploitants agricoles sont donc couverts contre le régime dans des conditions propres de celles du régime général.

Les seuls qui n'ont pas de couverture de Sécurité Sociale aujourd'hui sont travailleurs indépendants (non non).

AT : entre 1,2 et 1,5 millions par an.

MP : 15 000 déclarations par an.

==> stabilité des Accidents du Travail et progression continue des MP ==> montée du risque.

I) La prévention des risques professionnels et la tarification.

La dimension préventive est assez largement marginale.

Dans le domaine des AT, la branche Accidents du Travail a été conçue non seulement pour indemniser les victimes mais aussi pour essayer de prévenir le risque.

1) La prévention.

Elle se fait en complément du droit du travail : CHSCT ou obligation de sécurité de l'employeur.

SS a un rôle beaucoup plus préventif et incitatif que de contrôle et de sanction.

Institutions.

Activité de prévention **au niveau national** par la CNAMTS : gère des fonds de prévention et l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité).

Au niveau local ==> CRAM : ingénieurs et contrôleurs de sécurité formés et agréés par l'Etat. Leur rôle est surtout de vérifier l'application des règles et de faire du conseil, ils peuvent aussi faire un constat qui reste purement administratif. ==> débouche donc plus difficilement sur des procédures de sanction.

Fond de prévention des Accidents du Travail : caisses nationales et régionales peuvent ainsi financer un certain effort de prévention : l'INRS, et donne aussi des aides financières.

2) La tarification.

La branche Accidents du Travail est financée par des cotisations assises sur la même assiette que les branches maladies, vieillesse et famille. Elle est entièrement déplafonnée.

Cette cotisation est exclusivement à la charge de l'employeur, c'est la contrepartie de son obligation d'assurer la sécurité de ses salariés.

Le taux : il est forfaitaire dans les autres branches : même taux de cotisation pour chaque salarié.

En matière d'AT, le taux est calculé avec un système de tarification qui fait dépendre le taux du risque de l'entreprise.

==> calcul du taux brut pour arriver au taux net.

Taux brut : correspond à la **couverture des risques liés aux Accidents du Travail et aux MP** : exclusion des accidents de trajet.

On calcule un **taux pour chaque établissement**. Pour faire cela on prend le taux pour une année x en regardant une période triennale sur laquelle on recherche la **masse salariale annuelle puis le montant des prestations versées** pour des accidents ou des maladies survenus au cours de ces 3 ans.

On regarde au cours de la période écoulée, le nombre d'accidents et leur taux.

Pour faire baisser ses cotisations, l'employeur a intérêt à limiter les accidents, il est donc incité à faire des efforts de prévention.

- Quand établissement d'au moins 200 salariés ==> on recherche le taux comme ci-dessus = **tarification réelle**.
- Quand établissement de moins de 10 salariés : taux de la branche de leur activité : **tarification collective**.
- Quand établissement de 10 à 199 : **tarification mixte**.

Taux brut : part de la cotisation correspondant à la couverture des Accidents du Travail et des MP.

Identification de l'établissement.

On prend en compte l'**activité dominante** lorsque qu'un établissement à plusieurs activités.

Taux net : taux brut + majorations :

- majoration des **accidents de trajet**
- majoration pour les **charges communes** : frais de gestion, compte spécial intérieur dans lequel on met les accidents ou maladies qu'on arrive pas à imputer à l'employeur de manière certaine : ex d'un salarié ayant travaillé dans plusieurs entreprises où il a pu manipuler de l'amiante, à quel employeur l'imputer ?
- majoration pour **compensation**.

Ces majorations ne cessant de croître, la part pour un employeur lambda du taux brut diminue dans l'ensemble.

Dispositif des ristournes et des cotisations supplémentaires : caisses calculent le taux brut chaque année pour chaque établissement et le notifie à l'entreprise.

Ristournes : Les caisses régionales peuvent cependant accorder des ristournes à des établissements ayant réellement fait des efforts de prévention.

Cotisations supplémentaires : pour les établissements dans lesquels ont constaté de nombreux accidents ou de dispositifs non respectés.

Peuvent aller jusqu'à 50% d'augmentation des cotisations.

= sanction à caractère de punition.

II) L'étendue des risques couverts

1898 : uniquement les Accidents du Travail au sens étroit.

Après première GM : apparition des tableaux.

1) l'accident du travail (sens étroit)

L 411-1 : l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail.

Il comporte **2 éléments** :

- **un accident** :

- **soudaineté** est nécessaire : évènement doit pouvoir être daté dans le temps. Cela peut être une maladie si elle se traduit par un accident brutal ==> infarctus.
- Il doit avoir une **incidence physique** sur la personne : intégrité physique de la personne doit être en cause. ==> atteinte à **l'intégrité physique ou psychique** de la personne.
 - On exclu les accidents touchant des prothèses sauf quand prothèse est nécessitée elle-même par un Accidents du Travail = AT.

- **Professionnel**

- **Présomption** : lorsque l'accident survient **au temps et lieu habituel du travail**, il est présumé Accidents du Travail ==> pas une présomption irréfragable mais il appartient à l'employeur ou à la caisse de rapporter la preuve soit que le salarié **s'était soustrait volontairement à l'autorité de l'employeur** ou que l'AT avait une **origine totalement étrangère au travail**.
 - **Ex** : un salarié profite de l'absence de son patron pour aller acheter des cigarettes ==> soustraction volontaire : pas le cas si l'employeur le savait.
 - **Ex** : infarctus : il faut pouvoir prouver que le travail n'a eu AUCUNE origine causale dans l'accident ==> difficile à rapporter.
- **Hors temps et hors lieu de travail** : victime doit rapporter la preuve du lien avec le travail. Accident n'est pas présumé AT, c'est à celui qui s'en prévaut de rapporter la preuve.

Accident de mission : jusqu'à 2001, Cour de Cassation considérait que la preuve incombait à la victime et faisait une **distinction entre les accidents intervenus pendant l'exécution de la mission et ceux pendant laquelle le salarié avait recouvré son indépendance**.

Si l'hôtel était imposé au salarié ==> l'accident survenu à l'hôtel était un AT.

Si le salarié avait choisi lui-même, il avait retrouvé son indépendance ==> accident de la vie courante.

==> Arrêt 2 et 3 : dès lors qu'il est en mission ==> Accidents du Travail : ces arrêts instituent une présomption de rattachement à la mission.

Astreinte : accident survenu pendant l'astreinte.

==> arrêt 12.

Application des mêmes principes que pour l'accident de mission même si dans ce cas particulier le salarié restait sur place dans un logement mis à disposition par son employeur.

A la même époque la Soc jugeait que l'astreinte sur place n'était pas forcément considérée comme du temps de travail.

Suicide : Cour de Cassation très réticente à reconnaître qu'il puisse constituer un Accidents du Travail pendant longtemps.

==> Arrêt 14.

Voir Jurisprudence sociale Lamy pour sens de FB-PBRI.

Suicide hors temps et lieu de travail.

Cour de Cassation admet l'AT ici et admet en outre que l'employeur a commis une faute inexcusable.

2) la maladie professionnelle

==> une centaine de tableaux recensant des MP : exposition à des matériaux ou substance à risque et conditions de travail.

Tableaux : on identifie une **affection**.

On identifie ensuite un **délai d'exposition au risque** et un délai maximum après cessation d'exposition au risque.

Enfin ==> **énumération des tableaux** susceptibles d'exposer au risque.

Si **une des maladies du tableau** et que les conditions sont remplies
==> **présomption simple de maladie professionnelle** qui peut toujours être renversée par l'employeur ou la caisse en rapportant la preuve que la maladie a une origine totalement étrangère au travail.

Quand subsiste possibilité que exposition au risque ait entraînée la maladie ==> présomption

Si on est hors du tableau.

Avant loi du 27 décembre 1993 ==> rien n'était possible.

Atténuations :

- **révision des tableaux** : personne peut être prise en charge si une personne entre dans un tableau suite à sa modification.
- **MP ==> Accidents du Travail** : quand on pouvait identifier dans la genèse de la maladie un accident soudain.

Les tableaux laissent un angle mort entre les Accidents du Travail et la maladie
==>**procédure de reconnaissance individuelle.**

- intéressé à une infection qui **relève du tableau mais ne remplit pas les conditions**
- intéressé est **hors tableau**

Dans les 2 cas, salarié peut demander à la caisse d'examiner son dossier et est soumis à un comité qui décidera si c'est imputable ou non au travail.

Infection doit avoir :

- entraîné le décès de la victime
- incapacité permanente de travail de 25%.

3) l'accident de trajet.

Innovation de la loi de 1946.

L 411-2 CT.

Accident de trajet :

- trajet protégé : entre domicile et lieu de travail.
- **Extrémités :**
 - o résidence principale ou résidence secondaire dès lors que l'on y va de manière habituelle ou tout lieu où le salarié se rend pour des motifs familiaux de manière habituelle (ex : crèche).
 - o Lieu de travail et lieu des repas.
- **Trajet :**
 - o Le plus direct : possible de passer à l'école des enfants avant d'aller sur le lieu de travail.
 - o Il doit être accompli dans un délai raisonnable au regard de la distance à parcourir.
 - o Si accident dans l'enceinte de l'entreprise ==> pas un accident de trajet mais de travail.
 - o Le trajet ne peut être effectué qu'une seule fois.
 - o Le trajet **peut être interrompu ou détourné**
 - **Détourné** : accident sur un autre parcours ==> accident de trajet dès lors que détour justifié par les **nécessités de la vie professionnelle ou de la vie courante**.
 - **Interruption** : si arrêt effectué pour des raisons professionnelles ou nécessités de la vie courante = accident de trajet.

- Pendant l'arrêt ou le détournement ==> pas protégé.

III) La réparation des accidents du travail : procédure et prestations

Procédure.

Différentes déclarations :

- **AT** doit être déclaré par l'employeur qu'il a constaté ou qui lui est signalé, dans un délai de 48h sinon caisse est fondée à se retourner contre lui.
- **MP** : c'est à la victime de la déclarer.

Instruction des dossiers.

Parfois des contestations, c'est pourquoi l'instruction doit avoir lieu, elle est dominée par le **principe du contradictoire**.

La caisse doit instruire et avertir les parties de l'instruction, des éléments recueillis. Si la caisse n'a pas respecté cette procédure contradictoire, la décision de prise en charge sera inopposable à l'employeur.

Il faut que les parties aient pu faire valoir leurs éléments d'appréciation et critiques.

Prescription biennale (2 ans).

Si la couverture relevait du droit commun ==> 30 ans.

Elle court en principe à compter de l'accident lui-même.

Avant 1990, un texte précisait que le délai de 2 ans courait à partir du certificat médical attestant de la maladie ==> problématique quand le lien entre maladie et travail est découvert beaucoup plus tard.

Désormais, il faut que le certificat reconnaisse la maladie et évoque la possibilité que la maladie ait une origine professionnelle.

A) Prestations en nature.

En nature :

- soins
- réadaptation fonctionnelle
- rééducation professionnelle

2 principes :

Pas de ticket modérateur ==> 100% de prise en charge des remboursements.

Depuis 1946 ==> prise en charge en tiers payant : caisse paye directement le médecin ou le pharmacien.

B) Les prestations en espèce.

1) Incapacité temporaire (ITT).

- **Accident**
- **Arrêt de travail**

Indemnités journalières d'accident de travail (quand arrêt du travail).

==> pas de délai de carence.

Taux : 60% porté à 80% dès le 29^e jour.

==> salaire de référence. : modalités plus favorables que pour l'assurance maladie.

Il existe des règles de minima et de maxima.

2) Incapacité permanente.

==> paiement d'une rente accident du travail.

==> jusqu'à la guérison ou la consolidation.

Calcul de la rente.

Taux : taux réel ; dossier passe chez médecin conseil de la Sécurité Sociale et à partir d'un barème indicatif décide du **taux d'incapacité**.

Taux corrigé : lorsque le taux réel est inférieur à 50%, on le corrige en le diminuant, pour la partie inférieure à 50%, on le corrige en l'augmentant.

Salaire de référence : salaire utile.

On compare le salaire réel à une valeur de référence fixée chaque année : environ 16 000€.

On prend le salaire annuel brut réel, on le compare à cette valeur de référence.

Lorsque le salaire réel est inférieur à 2 fois cette valeur ==> on en prend 100%.

Lorsque le salaire réel es compris entre 2 et 8 fois cette valeur ==> on en prend 1/3.

Au delà de 8s ==> 0.

La rente Accidents du Travail : y a le droit la victime.

= taux corrigé x salaire utile.

Si victime a disparu ==> **rente d'ayants droits.**

Conjoint survivant : 30%

Enfants à charge : 15% pour 1^{er} et 2^e rang et 10% pr 3^e rang.

Ascendants : si à charge : 10% chacun.

Ces rentes ne peuvent dépasser 85% du salaire utile.

La rente de la victime peut être modifiée à la baisse ou à la hausse en fonction de l'évolution de l'Etat de la personne.

IV) La réparation complémentaire : faute intentionnelle et faute inexcusable.

Faute intentionnelle : révèle l'intention de nuire de son auteur ==> rarement reconnu.

Salarié ne peut alors prétendre en aucune manière à la couverture AT, il peut uniquement prétendre à la couverture assurance maladie.

Faute intentionnelle de l'employeur.

==> salarié bénéficie de la protection d'AT et peut se retourner contre l'employeur pour obtenir un complément.

Faute inexcusable.

Définition.

Arrêt de 1941 – Dame veuve Villa.

==> **faute d'une gravité exceptionnelle.**

Il fallait qu'une faute de particulière gravité sans être intentionnelle puisse être établie, cette faute devait être la cause déterminante.

Cour de Cassation – 28 février 2002

= arrêts amiante.

==> Société Eternit.

L'assurance sociale modifie radicalement la définition de la faute inexcusable.

==> Arrêt 2.

- obligation de sécurité de résultat
- tout manquement à cette obligation est une faute inexcusable sauf si employeur prouve qu'il ne pouvait avoir conscience du risque.
- Absence de précaution.

CJCE : directive communautaire énonçant le principe de la responsabilité de l'employeur n'imposait pas une obligation de sécurité de résultat automatique.

==> Arrêt 6.

Soc : abandon de la cause déterminante.

Arrêt 7 : 2004.

==> Asymétrie entre les fautes.

Pour dire que le salarié a commis une faute inexcusable il faut pouvoir identifier à sa charge un comportement d'une gravité certaine.

Conséquences.

- **Faute inexcusable du salarié :**
 - o Pas privé des prestations de la branche Accidents du Travail (différent de la faute intentionnelle) mais il peut faire l'objet d'une réduction de sa rente = faculté des organismes.
- **Faute inexcusable de l'employeur :**
 - o Celui qui s'est **substitué dans la direction du travail** : celui qui a la qualité de substitué doit bénéficier d'une véritable délégation de pouvoir de direction.
 - o Salarié aura droit en plus des prestations à un complément de réparation.

La faute inexcusable ne ramène pas au droit commun de la responsabilité civile.

Majoration de rente : différence entre la rente qu'il a obtenu sur la base d'un **taux corrigé** et la rente qu'il aurait eu sur la base d'un **taux réel**.

En cas de majoration de rente, si réparation à 100% ==> mise en place d'une **indemnité en capital**.

Ceci est payé par la caisse qui se fait rembourser par des cotisations supplémentaires sur l'employeur.

Il peut aussi **bénéficier de l'indemnisation de certains chefs de préjudice** :

- souffrances physiques et morales = pretium doloris.
- préjudice d'esthétique et d'agrément
- pertes de chances professionnelles.
- Ayants droits peuvent demander un préjudice moral.

Procédure.

Loi 6 décembre 1976.

==> auparavant, nécessité d'aller devant les juridictions de droit commun pour obtenir réparation.

Cette loi rapporte la faute inexcusable dans le giron des accidents du travail pour donner un rôle de pivot à la CPAM.

Aspect financier ==> caisse primaire s'occupe de tout.

Elle se comporte comme un **mandataire légal de la victime**.

==> peut aller jusqu'à une phase amiable.

==> donne compétence exclusive au TASS.

Alors que jusqu'à présent ==> devant juridictions civiles ==> risque de dualité de contentieux car faute inexcusable + accident du travail.

Fait de confier au TASS la compétence unifie le contentieux et permet aux parties d'accéder à un tribunal globalement plus accessible.

Prescription.

==> biennale.

Liens faute inexcusable/droit pénal.

Il est fréquent qu'elle constitue une infraction pénale.

- homicide involontaire
- blessure involontaire
- mise en danger de la vie d'autrui.

Jusqu'à peu, Cour de Cassation décidait que la décision du juge pénal s'imposait au TASS.

Loi Fauchon – 10 juillet 2000: on apprécie les moyens dont dispose un élu pour tenir compte de sa responsabilité pénale.

==> Arrêt 1.

La relaxe au pénal ne fait plus obstacle à la reconnaissance d'une faute inexcusable.