

## Introduction

Le contentieux concernant les professionnels de santé (contrôle d'activité, sanctions et pénalités financières, recouvrement de l'indu) est souvent méconnu y compris par les professionnels de la santé eux-mêmes.

Raison d'autant plus grande pour s'intéresser à cette question, d'autant que le sujet revêt une importance cruciale à l'heure où il est demandé à la Sécurité sociale de faire des économies.

À l'appui des textes, de la jurisprudence, de modèles de documents, de schémas, ce petit livre analyse le recouvrement de l'indu par la caisse, les différents contrôles opérés, les pénalités financières.

Aux professionnels, aux juristes ou tout simplement aux curieux, l'auteur propose un panorama complet sur contentieux des professionnels de santé afin que nul ne soit lésé dans ses droits.



# Chapitre 1

## Les différents contrôles

Les possibilités de contrôle des caisses sont nombreuses. Faisons un bref panorama :

- Le contrôle des services administratifs de la caisse, mené par un agent assermenté et agréé en vue de vérifier la bonne application des règles de facturation et les conditions administratives de prise en charge.



**Attention !** Il ressort des pièces du dossier que le contrôle à l'issue duquel la caisse a notifié un indu est un contrôle administratif portant sur la facturation des actes dispensés par M. C. Il s'ensuit que les premiers juges ne pouvaient, comme ils l'ont fait, se référer aux dispositions des articles L. 315-1 et R. 315-1-2 du Code de la Sécurité sociale afférents à l'analyse de l'activité du professionnel de santé par le service du contrôle médical, inapplicables au litige. La caisse était seulement tenue d'inviter le redevable à produire, le cas échéant, ses observations sur l'indu réclamé, ce qu'elle a fait dans son courrier du 22 mars 2017, et non d'organiser un entretien même si l'intéressé en formulait la demande<sup>1</sup>.

- Le contrôle médical diligenté par le service du contrôle médical des organismes d'assurance maladie portant sur l'appréciation des éléments médicaux se rapportant à l'attribution et le service des prestations.
- Le contrôle des agences régionales de santé portant, en particulier, sur la bonne application des dispositions du Code de la santé publique<sup>2</sup> et sur la fiabilité des informations médico-administratives fournies par les établissements de santé<sup>3</sup>.

---

1. Versailles, 5<sup>e</sup> Chambre, 9 décembre 2021, RG n° 20/02576.

2. V. Code de la santé publique article L. 1421-1.

3. Articles L. 162-23-13 et R. 162-35 s du Code de la Sécurité sociale.



**Attention !** Dans cette dernière hypothèse, l'ARS est tenue d'informer l'établissement de santé de la date à laquelle elle entend commencer son contrôle<sup>4</sup>. Qui plus est, les praticiens en charge du contrôle peuvent prendre copie des documents administratifs et médicaux dont ils demandent la communication, sans avoir à demander au préalable l'accord du directeur ou des praticiens de l'établissement<sup>5</sup>.

Aux termes de l'article 162-35-2 du Code de la Sécurité sociale, l'agence régionale de santé informe l'établissement de santé de l'engagement du contrôle réalisé en application de l'article L. 162-23-13 et précise les activités, prestations ou ensembles de séjours ainsi que la période sur lesquels portent le contrôle, le nom et la qualité du médecin chargé de l'organisation du contrôle et la date à laquelle il commence. Le contrôle recherche notamment les surfacturations et les sous-facturations et l'établissement est tenu de fournir ou de tenir à disposition des personnes chargées du contrôle l'ensemble des documents qu'elles demandent. À l'issue du contrôle, le médecin chargé de l'organisation du contrôle communique à l'établissement de santé un rapport qu'il date et signe mentionnant la période, l'objet, la durée et les résultats du contrôle et, le cas échéant, la méconnaissance par l'établissement de santé des obligations définies à l'alinéa précédent. À compter de la réception de ce rapport, l'établissement dispose d'un délai de trente jours pour faire connaître, le cas échéant, ses observations. Dès lors qu'une clinique a été régulièrement avisée de la mise en œuvre et des conditions du contrôle, que le médecin chargé de l'organisation du contrôle lui a transmis les observations des médecins contrôleurs et que la clinique a pu répondre à ces observations, la procédure a été respectée<sup>6</sup>.

Un hôpital privé a fait l'objet d'une procédure de contrôle externe, organisée par l'unité de coordination régionale placée auprès de la commission de contrôle de l'agence régionale de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Suivant l'article R. 162-42-10 du Code de la Sécurité sociale : « À l'issue du contrôle, le médecin chargé de l'organisation du contrôle communique à l'établissement de santé, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, un rapport qu'il date et signe mentionnant la période, l'objet, la durée et les résultats du contrôle et, le cas échéant, la méconnaissance par l'établissement de santé des obligations définies à l'alinéa précédent. » La lecture du rapport enseigne que le médecin chargé de l'organisation du contrôle, le Docteur A. G. Oudot a signé manuscritement le rapport sur une page portant l'en-tête : « Conclusions » et la mention dactylographiée : « date du

4. Cass. civ. 2<sup>e</sup>, 26 mai 2016, pourvoi n° 15-19999.

5. Cass. civ. 2<sup>e</sup>, 3 avril 2014, pourvoi n° 13-16228.

6. Nancy, Chambre sociale section 1, 12 octobre 2021, RG n° 19/02711.

*bordereau : 12 octobre 2015 », une autre page intitulée : « Conclusions du rapport du contrôle T2A du 14 septembre 2015 au 12 octobre 2015 l'hôpital privé Marseille-Beauregard Vert Coteau » étant annexé au rapport et portant également la signature manuscrite du médecin responsable du contrôle sans aucune précision de date. Le rapport de contrôle ne comporte ainsi pas de date apposée par la main de son signataire, celle du 12 octobre 2015 étant celle du bordereau, et non celle du rapport, ni du jour précisé en tant que tel où il a été signé par le Docteur Oudot, chargée du contrôle. Rappel fait de ce qu'un bordereau reçoit à titre de définition commune celle de « relevé détaillé énumérant les articles ou pièces d'un compte, d'un dossier », la date apposée sur le document dactylographié ne saurait désigner la date à laquelle le médecin contrôleur a entendu, après vérification du rapport, approuvé celui-ci, à une date qu'il devait préciser lui-même ainsi que l'exige le texte précité, et qui est également celle de sa signature valant approbation dudit rapport de contrôle. Il en résulte que les dispositions de l'article R. 162-42-10 du Code de la Sécurité sociale, n'ayant pas été respectées, le contrôle effectué ne pouvait servir de fondement à une action en répétition de l'indu<sup>7</sup>.*

#### **Cass. civ. 2°, 26 mai 2016, pourvoi n° 15- 19999**

Attendu, selon l'arrêt attaqué, que la société Clinique de Champagne (la clinique) a fait l'objet, du 9 au 17 novembre 2010, d'un contrôle de son activité par l'Agence régionale de santé de Champagne-Ardenne ; qu'à la suite de celui-ci, la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne, agissant pour le compte de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (la caisse), lui a notifié un indu correspondant à des anomalies relevées dans la facturation de certains actes ; que la clinique a saisi d'un recours une juridiction de Sécurité sociale ;

Sur le moyen unique, pris en sa première branche :

Vu l'article R. 162-42-10, alinéa 1, du Code de la Sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure au décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011, applicable au contrôle litigieux ;

Attendu, selon ce texte, que l'Agence régionale de santé qui informe l'établissement de santé de l'engagement du contrôle réalisé en application de l'article L. 162-22-18, doit préciser la date à laquelle il commence ; qu'il importe peu que cette date figure dans l'avis initial de contrôle ou dans un avis ultérieur ;

<sup>7</sup>. Aix en Provence, Chambre 4-8, 14 janvier 2022, RG n° 19/18216, 19/18355, 19/18483, 19/18285.

Attendu que pour déclarer irrégulière la procédure de contrôle, l'arrêt retient que dans son courrier du 1<sup>er</sup> octobre 2010, informant la clinique de l'engagement du contrôle, l'Agence régionale de santé s'est abstenue de faire connaître la date à laquelle il allait commencer ; que l'omission de la formalité initiale d'indication précise de la date de début du contrôle est de nature à entacher la régularité de ce dernier, un écrit ultérieur ne pouvant valablement y suppléer ;

Qu'en statuant ainsi, alors qu'elle constatait que la clinique avait été informée, par un courrier du 22 octobre 2010, du fait que le contrôle débiterait le 9 novembre 2010, la cour d'appel a violé le texte susvisé.

*Si l'information préalable au contrôle revêt un caractère obligatoire, aucune disposition n'oblige l'ARS à communiquer en une seule fois à l'établissement contrôlé l'ensemble des informations relatives au contrôle, tel que mentionné par l'article R. 162-42-10 du Code de la Sécurité sociale. De même, si l'annonce du contrôle doit obligatoirement émaner de l'ARS, dont le directeur général a seul qualité pour prononcer les sanctions prévues par l'article L. 162-23-13 du Code de la Sécurité sociale et, conséquemment, pour engager le contrôle prévu par le même article, aucune disposition ne lui interdit de déléguer au médecin chargé de l'organisation du contrôle le soin d'en préciser les modalités, pourvu que cette information soit préalable au début des opérations de contrôle. Enfin, il est indifférent que le médecin chargé du contrôle ait annoncé que celui-ci porterait sur 106 séjours au lieu des 150 séquences annoncées initialement par l'ARS, dès lors que cette différence est purement quantitative (un séjour est composé d'un ensemble de séquences) et que les dispositions de l'article R. 162-42-10 du Code de la Sécurité sociale n'obligent pas expressément l'ARS à préciser la quantité d'ensembles de séjours sur laquelle porte le contrôle<sup>8</sup>.*

## **Le contrôle d'activité réalisé par les services administratifs de la caisse**

---

Sur ce point, le Code de la Sécurité sociale ne comporte pas de disposition particulière. Ce sont les dispositions générales du Code de la Sécurité sociale qui trouvent application. Le but de ce contrôle est de vérifier la réalité et la qualité des soins. Il s'agit donc d'un contrôle administratif sans examen médical du patient.

---

8. Amiens, 2<sup>o</sup> protection sociale, 28 septembre 2021, RG n° 19/03615.

## La légalité du contrôle

### **Cass. civ. 2°, 3 mai 2006, pourvoi n° 04-30705**

Sur le moyen unique :

Vu les articles L. 133-4 et L. 216-6 du Code de la Sécurité sociale ;

Attendu qu'il résulte du premier de ces textes qu'en cas de facturation en vue du remboursement par les organismes d'assurance maladie d'un acte non effectué, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu auprès du professionnel concerné ; que le second autorise les caisses primaires d'assurance maladie à confier à des agents agréés par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale et assermentés le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

Attendu, selon le jugement attaqué, qu'à la suite d'une enquête administrative, la caisse primaire d'assurance maladie a réclamé à Mme X., chirurgien-dentiste, spécialisée en orthopédie dento-faciale, le remboursement d'une somme correspondant à des actes facturés du 12 octobre 2000 au 21 novembre 2001 relatifs à des séances de surveillance qui n'auraient pas été réalisées ;

Attendu que, pour accueillir la contestation du praticien, le jugement énonce que l'enquête réalisée par un agent assermenté de la caisse encourt la nullité pour n'avoir pas respecté les prescriptions de l'article R. 315 -1 du Code de la Sécurité sociale ;

Qu'en statuant ainsi, alors que la caisse établit sa demande de remboursement de l'indu au vu des renseignements qu'elle a recueillis, sans être préalablement tenue de faire procéder à une analyse médicale de l'activité du professionnel de santé dans les conditions prévues par les articles R. 315-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale, le tribunal a violé les textes susvisés.

PAR CES MOTIFS, CASSE ET ANNULE

Pratiquement, les enquêtes seront faites par des agents agréés et assermentés placés sous la responsabilité du directeur de la caisse.

## La différence entre assermentation et agrémentation

### **Cass. civ. 2°, 9 juillet 2020, pourvoi n° 19-16808**

1. Selon l'arrêt attaqué (Aix-en-Provence, 22 mars 2019), à la suite d'un contrôle portant sur la période du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 30 juin 2011, la caisse primaire centrale d'assurance maladie des

Bouches-du-Rhône (la caisse) a notifié à M. X., infirmier libéral, un indu correspondant à des anomalies de facturation.

2. L'intéressé a saisi d'un recours une juridiction de Sécurité sociale.

Examen du moyen

Sur le moyen, pris en sa première branche

Énoncé du moyen

3. La caisse fait grief à l'arrêt d'annuler l'ensemble de la procédure en recouvrement de l'indu, alors « que depuis sa modification par la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003, l'article L. 243-9 du Code de la Sécurité sociale, qui exige qu'« Avant d'entrer en fonctions, les agents de l'organisme chargés du contrôle prêtent, devant le tribunal d'instance, serment de ne rien révéler des secrets de fabrication et en général des procédés et résultats d'exploitation dont ils pourraient prendre connaissance dans l'exercice de leur mission. Toute violation de serment est punie des peines fixées par l'article 226-13 du Code pénal. » n'envisage plus le renouvellement périodique de ce serment ; qu'en l'espèce, la cour d'appel a constaté que M. I. avait prêté serment devant le tribunal d'instance dès le 5 octobre 2009 et ce alors qu'il bénéficiait d'une autorisation provisoire du directeur général de la CNAMTS pour exercer les fonctions d'agent de contrôle ; que la cour d'appel aurait dû en conclure que, lorsqu'il a rencontré M. X., le 6 septembre 2011, M. I. avait bien la qualité d'agent assermenté et cela même s'il avait à nouveau prêté serment devant le même tribunal le 10 octobre 2011, à la suite de son agrément intervenu le 27 avril 2011 ; qu'en décidant le contraire, la cour d'appel a violé par fausse application l'article L. 243-9 du Code de la Sécurité sociale. »

Réponse de la cour

Vu les articles L. 114-10, alinéa 1<sup>er</sup>, et L. 243-9 du Code de la Sécurité sociale, le premier, dans sa rédaction issue de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005, le second, dans sa rédaction issue de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003, applicables au litige, et l'arrêt du 30 juillet 2004 modifié fixant les conditions d'agrément des agents des organismes de Sécurité sociale chargés du contrôle de l'application des législations de Sécurité sociale, visés aux articles L. 216-6 et L. 243-9 du Code de la Sécurité sociale :

Selon le premier de ces textes, les directeurs des organismes de Sécurité sociale confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des

prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens conseils peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions définies par le même arrêté. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.

Selon le deuxième, avant d'entrer en fonctions, les agents de l'organisme chargés du contrôle prêtent, devant le tribunal d'instance, serment de ne rien révéler des secrets de fabrication et en général des procédés et résultats d'exploitation dont ils pourraient prendre connaissance dans l'exercice de leur mission.

Il découle de ces dispositions que les conditions d'assermentation sont distinctes de celles qui régissent l'agrément des agents chargés du contrôle.

Pour accueillir le recours formé par M. X., l'arrêt relève que le juge d'instance de Marseille a recueilli la prestation de serment de l'agent concerné, M. H., le 5 octobre 2009, au visa d'une autorisation provisoire du directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés donnée trois mois auparavant, le 2 juillet 2009 pour exercer des « fonctions provisoires » d'agent de contrôle. Il ajoute que selon un arrêté du 30 juillet 2004, modifié le 18 décembre 2006, il est fait une distinction entre autorisation provisoire et agrément, que l'autorisation provisoire n'est valable que six mois, renouvelable une fois, qu'en l'espèce, la première autorisation provisoire a été renouvelée avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2010, donc au bout d'un an, et que l'agrément a été donné le 27 avril 2011 sur une demande d'agrément présentée le 11 avril 2011. Il constate que l'agent a prêté serment, sur la base de cet agrément, six mois plus tard, le 10 octobre 2011, selon procès-verbal établi par le tribunal d'instance versé aux débats. L'arrêt retient que cette chronologie traduit soit une discontinuité dans les fonctions réelles de l'intéressé, soit le peu de sérieux de la gestion administrative des agents chargés du contrôle de l'application des législations de Sécurité sociale, visés aux articles L. 216-6 et L. 243-9 du Code de la Sécurité sociale. Il ajoute qu'à la date de l'entretien avec M. X., si M. H. bénéficiait bien d'un agrément depuis le 27 avril 2011, il n'avait pas encore prêté serment au visa de cet agrément, alors que cette assermentation est une condition essentielle de la validité des enquêtes faites par les agents de la caisse.

En statuant ainsi, alors qu'elle constatait que l'agent concerné avait prêté serment le 5 octobre 2009, de sorte qu'il était régulièrement

assermenté au moment du contrôle de la situation de M. X., la cour d'appel a violé les textes susvisés.

PAR CES MOTIFS, et sans qu'il y ait lieu de statuer sur l'autre branche du moyen, la cour :

CASSE ET ANNULE

### **Cass. civ. 2°, 9 juillet 2020 pourvoi n° 19-12572**

... La caisse fait grief à l'arrêt d'annuler l'ensemble de la procédure de recouvrement d'indu et de la débouter de sa demande reconventionnelle en paiement alors « que depuis sa modification par la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003, l'article L. 243-9 du Code de la Sécurité sociale qui exige qu'« Avant d'entrer en fonctions, les agents de l'organisme chargés du contrôle prêtent, devant le tribunal d'instance, serment de ne rien révéler des secrets de fabrication et en général des procédés et résultats d'exploitation dont ils pourraient prendre connaissance dans l'exercice de leur mission. Toute violation de serment est punie des peines fixées par l'article 226-13 du Code pénal. », n'envisage plus le renouvellement périodique de ce serment ; qu'en l'espèce, la cour d'appel a constaté que M. J. avait prêté serment devant le tribunal d'instance dès le 5 octobre 2009 et ce alors qu'il bénéficiait d'une autorisation provisoire du directeur général de la CNAMTS pour exercer les fonctions d'agent de contrôle ; que la cour d'appel aurait dû en conclure que lorsqu'il a rencontré Mme A., le 29 septembre 2011, M. J. avait bien la qualité d'agent assermenté et cela même s'il avait à nouveau prêté serment devant le même tribunal le 10 octobre 2011, à la suite de son agrément intervenu le 27 avril 2011 ; qu'en décidant le contraire, la cour d'appel a violé par fausse application l'article L. 243-9 du Code de la Sécurité sociale. »

Réponse de la cour

Vu les articles L. 114-10, alinéa 1<sup>er</sup>, et L. 243-9 du Code de la Sécurité sociale, le premier dans sa rédaction issue de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005, le second, dans sa rédaction issue de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003, applicables au litige, et l'arrêt du 30 juillet 2004 modifié fixant les conditions d'agrément des agents des organismes de Sécurité sociale chargés du contrôle de l'application des législations de Sécurité sociale, visés aux articles L. 216-6 et L. 43-9 du Code de la Sécurité sociale :

Selon le premier de ces textes, les directeurs des organismes de Sécurité sociale confient à des agents chargés du contrôle,

assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens conseils peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions définies par le même arrêté. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.

Selon le deuxième, avant d'entrer en fonctions, les agents de l'organisme chargés du contrôle prêtent, devant le tribunal d'instance, serment de ne rien révéler des secrets de fabrication et en général des procédés et résultats d'exploitation dont ils pourraient prendre connaissance dans l'exercice de leur mission.

Il découle de ces dispositions que si les agents qui procèdent au contrôle de l'activité d'un professionnel de santé doivent être assermentés et agréés, les conditions de leur assermentation sont toutefois distinctes de celles qui régissent leur agrément.

Pour accueillir le recours formé par Mme A., l'arrêt relève que le juge d'instance de Marseille a recueilli la prestation de serment de l'agent concerné, le 5 octobre 2009, au visa d'une autorisation provisoire du directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés donnée trois mois auparavant, le 2 juillet 2009, pour exercer des « fonctions provisoires » d'agent de contrôle, que selon un arrêté du 30 juillet 2004 modifié le 18 décembre 2006, il est fait une distinction entre autorisation provisoire et agrément, et que l'autorisation provisoire n'est valable que six mois, renouvelable une fois. La décision ajoute qu'en l'espèce, la première autorisation provisoire a été renouvelée avec effet au 1er juillet 2010, donc au bout d'un an, que l'agrément a été donné le 27 avril 2011 sur une demande d'agrément présentée le 11 avril 2011, et que l'agent a prêté serment, sur la base de cet agrément, six mois plus tard, le 10 octobre 2011, selon procès-verbal établi par le tribunal d'instance versé aux débats. L'arrêt retient que cette chronologie traduit soit une discontinuité dans les fonctions réelles de l'intéressé, soit le peu de sérieux de la gestion administrative des agents chargés du contrôle de l'application des législations de Sécurité sociale, visés aux articles L. 216-6 et L. 243-9 du Code de la Sécurité sociale. Il énonce qu'il n'en demeure pas moins qu'à la date de l'entretien avec Mme A., si l'agent en cause bénéficiait bien d'un agrément depuis le 27 avril 2011, il n'avait pas encore prêté serment au visa de cet agrément,

alors que cette assermentation est une condition essentielle de la validité des enquêtes faites par les agents de la caisse.

En statuant ainsi, alors qu'elle constatait que l'agent concerné avait prêté serment le 5 octobre 2009, de sorte qu'il était régulièrement assermenté au moment du contrôle de la situation de Mme A., la cour d'appel a violé les textes susvisés.

PAR CES MOTIFS, et sans qu'il y ait lieu de statuer sur l'autre branche du moyen, la cour :

CASSE ET ANNULE

Les procès-verbaux dressés par ces agents font foi jusqu'à preuve du contraire. Ils n'ont donc pas de caractère irréfragable.

#### **Article L. 243-7 al 1 du Code de la Sécurité sociale**

« Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. »

Qui plus est, il convient lors de l'enquête auprès des patients que l'agent n'ait pas dissimulé l'objet du contrôle, auquel cas, le procès-verbal n'aurait aucune force probante.

#### **Absence de force probante du procès-verbal (dissimulation de l'objet du contrôle)**

##### **Cass. civ. 2°, 17 septembre 2015, pourvoi n° 14-20343**

Attendu, selon le jugement attaqué (tribunal des affaires de Sécurité sociale de Montpellier, 2 mai 2014), rendu en dernier ressort, qu'ayant été victime d'un accident du travail le 22 septembre 2007, M. X., alors gérant associé de la société X. Y., a perçu de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault (la caisse) des indemnités journalières du 23 septembre 2007 au 2 novembre 2009, puis du 14 décembre 2009 au 18 novembre 2010, au titre d'une rechute ; qu'à la suite d'un rapport de contrôle établi le 6 mai 2011 par un agent assermenté, la caisse a notifié, le 1er août 2012, à M. X. une pénalité financière d'un certain montant, au motif qu'il exerçait une activité rémunérée au sein de la société susmentionnée et d'une autre société créée en 2008 ; que ce dernier a saisi d'un recours une juridiction de Sécurité sociale ;