SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.32.38

Dossier n° **4183**
M. Joël A,
Masseur-kinésithérapeute
Séance du **5 juin 2007**
Lecture du **11 septembre 2007**

LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS,

Vu, enregistrés au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins le 5 avril 2006, la requête et le mémoire présentés pour M. Joël A, masseur-kinésithérapeute, tendant à ce que la section annule une décision, en date du 6 mars 2006, par laquelle la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins de Midi-Pyrénées, statuant sur la plainte de la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Garonne, dont le siège est 3 bd Professeur Léopold Escande 31093 TOULOUSE CEDEX, et du médecin-conseil chef de service de l'échelon local de la Haute-Garonne, dont l'adresse postale est 3 bd Professeur Léopold Escande BP 839, 31961 TOULOUSE CEDEX, a prononcé à l'encontre de M. A la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de huit jours, avec publication,

par les motifs que la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins n'est plus compétente, depuis la création d'un ordre des masseurs-kinésithérapeutes, pour examiner un litige relatif aux plaintes formées contre l'un d'entre eux ; que la juridiction de première instance a rendu sa décision dans une composition irrégulière puisqu'elle ne mentionne pas la présence d'un assesseur masseur-kinésithérapeute ; que l'enquête a été réalisée de façon irrégulière auprès des patients par les agents assermentés de la caisse primaire ; qu'il y a lieu de commettre un expert, les conclusions d'un avis sapiteur sur lesquelles s'appuie la caisse primaire ne pouvant être suffisantes compte tenu de la nécessité d'examiner chaque patient et de procéder à une évaluation technique des soins ; qu'au fond, en ce qui concerne le grief d'abus de soins, il est constant que M. A a respecté les obligations qui s'imposaient à lui en n'exécutant que les soins prescrits, contrôlés et acceptés préalablement par le service médical, la caisse ne s'appuyant sur aucun argument autre qu'un avis sapiteur irrégulier et se contentant d'affirmer que les soins ont été dispensés au rythme moyen de cinq à six séances par semaine, alors que le rythme a été bien moindre ; qu'en ce qui concerne le grief de double facturation, M. A reconnaît la matérialité de certaines des erreurs commises pour cinq actes dans cinq dossiers et non seize faits intéressant sept dossiers, les erreurs dans les dossiers n°s 4, 5, 7 et 8 n'ayant pas eu pour conséquence la facturation d'actes supplémentaires ; qu'ainsi l'appréciation de manque de rigueur portée par les premiers juges devra être réformée ; que pour le grief d'actes non réalisés, il est étonnant que la section des assurances sociales du conseil régional, après avoir considéré que la caisse n'apportait pas de preuve suffisante pour les dossiers n° 4 et 5 et que, pour les autres dossiers, les contre attestations pouvaient être prises en compte, ait reproché un manque de rigueur et de sincérité à M. A ; qu'en ce qui concerne le grief de surcotation d'actes, M. A affirme avoir fait une application exacte de la nomenclature générale des actes professionnels ; qu'ainsi les faits reprochés à M. A ne constituent une atteinte ni à l'honneur ni à la probité et qu'il y a lieu de condamner la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Garonne à verser une somme de 3 000 euros à M. A, au titre de l'article L 761-1 du code de la justice administrative ;

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS
Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.32.38

Vu la décision attaquée ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 29 mai 2006, le mémoire présenté par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de la Haute-Garonne ; il tend au rejet de la requête ; le médecin-conseil soutient que la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins est compétente puisque les élections relatives aux chambres disciplinaires des masseurs-kinésithérapeutes n'avaient pas eu lieu à la date de la plainte ; que l'enquête a été réalisée dans des conditions régulières, les agents des contrôle étant assermentés et agréés ; que les avis médicaux suivis par le contrôle médical ont été donnés par l'expert sapiteur, praticien hospitalier universitaire, que M. A ne peut utilement critiquer ; que, pour le grief d'abus de soins, M. A portait l'entière responsabilité du nombre de séances hebdomadaires à exécuter ; qu'au vu des bilans diagnostics kinésithérapiques, tous identiques sur de longs mois, sans aucune mention d'évolution clinique, le rapport coût-utilité a été mal évalué, le rythme hebdomadaire des séances étant injustifié ; que, même en présence d'accord tacite des ententes préalables, M. A devait se conformer à ses obligations, étant observé que, dans les dossiers n°s 2, 8 et 9, il n'a pas respecté les avis donnés par le médecin-conseil ; que c'est à juste titre que la plainte a tenu compte des constatations médicales tirées de l'avis sapiteur, notamment dans les dossiers n°s 2, 3, 4, 8 et 9 ; qu'en ce qui concerne le grief de double facturation, l'argument des deux séances distinctes pour le dossier n°12 apparaît pour la première fois en appel et la question se pose de savoir pourquoi, si le système informatique était défectueux, des erreurs de saisie n'ont pas été retrouvées dans tous les dossiers de la même période ; que pour le grief de facturation d'actes non réalisés, si les premiers juges ont estimé la preuve insuffisante dans les dossiers n°4 et 5, pour les neuf autres dossiers, seuls peuvent être retenus les témoignages initiaux, les contre témoignages tardifs étant rédigés dans des termes et des conditions sujets à caution, comme dans le dossier n°s 6 bis, 8, 9, 14 bis, 15, 17 et 18, et les témoignages initiaux ayant été recueillis par un agent assermenté ; que s'agissant du grief de surcotation d'actes de kinésithérapie, l'examen de quelques-uns des sept dossiers (n°s 5, 8, 11 et 12) montre que les cotations appliquées étaient erronées ; qu'il y a lieu de mentionner également un cinquième grief non cité dans l'appel relatif à la facturation d'actes à une autre date que celle de leur exécution, dans le dossier n°17 ; qu'il y a lieu de déclarer que les faits commis par M. A antérieurement au 17 mai 2002 sont contraires à l'honneur et à la probité ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 2 juin 2006, le mémoire présenté par la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Garonne dans lequel elle déclare faire siens en les reprenant les termes du mémoire du médecin-conseil sus analysé ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 5 juillet 2006, le mémoire présenté pour M. A ; il tend aux mêmes fins que la requête par les mêmes moyens ; il soutient en outre que, si les élections à la chambre disciplinaire des masseurs-kinésithérapeutes n'avaient pas encore eu lieu à la date de la plainte, la loi avait retiré aux sections des assurances sociales de l'Ordre des médecins toute compétence pour connaître des litiges intéressant les masseurs-kinésithérapeutes et que, en l'absence de juridiction constituée, c'est la juridiction administrative de droit commun qui devrait en être saisie ; que les procès-verbaux des agents assermentés ne reflètent pas la réalité, d'autant que les questions étaient standardisées et ne permettaient pas une étude personnalisée en raison du caractère imprécis des témoignages ; qu'il convient de bien distinguer un avis sapiteur et un avis expertal ; que les expertises ne sont pas opposables à M. A qui n'en a pas été informé ; que le sapiteur choisi est médecin, et non masseur-kinésithérapeute ; que la caisse prétend à tort que le nombre et le rythme des séances ne relèvent pas de la

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS
Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.32.38

technique kinésithérapique car la posologie est un élément technique essentiel du traitement ; que si la caisse s'appuie sur l'avis d'un expert médecin, elle doit admettre que tous les actes incriminés ont été prescrits quantitativement par le médecin traitant et que M. A était tenu de suivre le protocole déterminé et que si elle fait porter à ce dernier l'entière responsabilité du rythme des actes, il faudra considérer qu'il s'agit d'un élément technique de kinésithérapie et recourir à un expert kinésithérapeute ; que pour le grief d'abus de soins, M. A a respecté l'obligation d'économie, les actes ayant été prescrits par série courte de 20 séances ; que si on lui reproche de ne pas avoir tenu compte de l'avis du médecin-conseil, il n'a été destinataire d'aucune notification de refus ; que tous les actes en cause ont été quantitativement prescrits par le médecin traitant, et ont fait l'objet de déclaration d'entente préalable ; que la caisse ne conteste pas sérieusement les arguments de M. A en ce qui concerne les doubles facturations et n'apporte aucune preuve à l'appui de ses prétentions pour ce qui concerne la facturation d'actes non réalisés ; que, pour la surcotation d'actes, si la caisse fait référence à sept dossiers, elle n'argumente que sur quatre dossiers, étant rappelé que les temps de traitement ne conditionnent en aucune façon la cotation à appliquer ; que s'agissant du grief de dates de facturation différentes de celles des actes pratiqués, la demande de la caisse constitue un recours incident non recevable ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 1er août 2006, le mémoire présenté par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de la Haute-Garonne, il tend au rejet de la requête en reprenant les moyens déjà exposés ; il soutient, en outre, que M. A ne peut invoquer en appel pour la première fois l'incompétence des sections des assurances sociales de l'Ordre des médecins ; que l'article L 216-6 du code de la sécurité sociale permet aux agents assermentés de la caisse de mener toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations ; que le praticien hospitalier qui a effectué l'avis sapiteur avait été également choisi par le médecin traitant de trois assurés afin d'intervenir dans le cadre des expertises effectuées en application de l'article L 141-1 du code de la sécurité sociale ; que les dossiers n°s 2, 8 et 9 montrent clairement l'avis défavorable mentionné sur les demandes d'entente préalable ; qu'il ressort de l'examen individuel des sept dossiers en cause que le grief d'abus de soins a été à juste titre retenu en première instance ; qu'en ce qui concerne le grief de date de facturation différente de la date d'exécution de l'acte, même s'il n'est pas repris dans le dispositif de la décision attaquée, il n'en demeure pas moins que M. A n'a manifestement pas procédé à des facturations aux dates d'exécution des actes ; qu'il y a lieu de considérer que les faits antérieurs au 17 mai 2002 sont contraires à l'honneur et à la probité ;

Vu, enregistrée comme ci-dessus le 8 août 2006, la correspondance par laquelle la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Garonne déclare faire siens les termes du mémoire en réponse présenté par le médecin-conseil sus analysé ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 18 octobre 2006, le mémoire présenté par M. A ; il tend aux mêmes fins que la requête par les mêmes moyens ; il reprend ses arguments concernant l'incompétence de la juridiction et l'enquête menée par les agents assermentés de la caisse primaire d'assurance maladie, ainsi que ceux relatifs au caractère infondé des griefs articulés dans la plainte ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 30 mai 2007, le mémoire présenté par la caisse primaire d'assurance maladie et le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de la Haute-Garonne ; il est soutenu que l'appel de M. A est irrecevable, dès lors qu'il a été formé par un représentant qui n'a pas fourni le mandat justifiant de son

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS
Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.32.38

habilitation à ester pour le compte de M. A ; qu'en outre les parties doivent comparaître en personne à l'audience ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 5 juin 2007, le mémoire présenté pour M. A qui tend aux mêmes fins que sa requête, par les mêmes moyens ;

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L 145-1 à L 145-9 et R 145-4 à R 145-29 ;

Vu l'article 75-I de la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique ;

Vu la loi n° 2002-1062 du 6 août 2002 portant amnis tie ;

Vu le décret n° 48-1671 du 26 octobre 1948 modifié, relatif au fonctionnement des conseils de l'Ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et de la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des médecins ;

Vu la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux fixée par l'arrêté du 27 mars 1972 modifié ;

Après avoir entendu en séance publique :

- M. VLEMINCKX', masseur-kinésithérapeute, en la lecture de son rapport ;

- M. Joël A, assisté de M. ROCTON, masseur-kinésithérapeute, en ses en ses explications orales ;

- Mme GEFFROY, représentant la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Garonne, en ses observations ;

- Mme le Dr PANOFRE, médecin-conseil, en ses observations pour le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de la Haute-Garonne ;

M. A ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Sur la compétence des section des assurances sociales de l'Ordre des médecins

Considérant que si les dispositions de l'article L 145-5-1 du code de la sécurité sociale, issues de l'article 74 de la loi 2002-303 du 4 mars 2002, ont créé des sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance et nationale du conseil de certaines professions exerçant à titre libéral, parmi lesquelles figuraient les masseurs-kinésithérapeutes, l'entrée en vigueur de ces dispositions était

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS
Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.32.38

subordonnée, selon le V de l'article 74 mentionné ci-dessus, à l'élection des chambres disciplinaires de ce conseil qui n'a pas eu lieu ;

Considérant que l'article 109 1°) de la loi n°2004 -806 du 9 août 2004 a modifié l'article L 145-5-1 du code de la sécurité sociale et a créé les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance et de la chambre nationale de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; que, toutefois, celles-ci ne pourront être mises en place qu'après l'intervention des dispositions réglementaires prévues à l'article L 4321-20 du code de la santé publique, issu du III de l'article 108 de la loi du 9 août 2004, qui permettront la constitution des instances de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; que tant que les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires n'ont pas été constituées, les sections des assurances sociales des conseils régionaux et du Conseil national de l'Ordre des médecins restent compétentes, en application de l'article R 145-8 du code de la sécurité sociale, pour se prononcer sur les fautes, abus et fraudes relevés à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes ;

Sur la recevabilité de l'appel

Considérant qu'aux termes de l'articles R 145-20 du code de la sécurité sociale "*Les praticiens intéressés peuvent se faire assister ou représenter… par un membre de leur profession inscrit au tableau"* ; que M. A a donné pouvoir à M. Roland ROCTON, masseur-kinésithérapeute, pour le représenter dans l'instance ; qu'ainsi l'appel présenté par M. ROCTON au nom de M. A est recevable ;

Sur la régularité de la décision attaquée

Considérant qu'en application des dispositions de l'article R 145-8 du code de la sécurité sociale "*Dans les affaires concernant les auxiliaires médicaux, l'un des assesseurs médecins de la section des assurances sociales du conseil régional de discipline de l'Ordre des médecins est remplacé par un auxiliaire médical de la même catégorie que la personne concernée*" ; qu'il ressort de la décision du 6 mars 2006 prise sur la plainte de la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Garonne et du médecin-conseil chef de service de l'échelon local de la Haute-Garonne par la section des assurances sociales du conseil régional Midi-Pyrénées à l'encontre de M. A, masseur-kinésithérapeute, qu'elle ne comporte pas la mention de la présence dans la formation de jugement d'un auxiliaire médical de la même catégorie que M. A ; qu'ainsi cette décision ne faisant pas par elle-même la preuve de sa régularité doit être annulée ;

Considérant que l'affaire est en état d'être jugée ; qu'il y a lieu d'y statuer par la voie de l'évocation ;

Considérant qu'à la suite d'un contrôle portant sur l'activité de M. A et relatif à la facturation de ses actes entre le 1er mars 2002 et le 31 août 2003, la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Garonne et le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de la Haute-Garonne ont relevé des anomalies objet de leur plainte ;

Sur la demande d'expertise préalable

Considérant que, dès lors que la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins trouve dans le dossier qui lui est soumis les éléments nécessaires pour se prononcer sur la plainte qui lui est déférée, il n'y a pas lieu pour celle-ci d'ordonner la réalisation d'une expertise préalable ;

Sur les conditions dans lesquelles s'est déroulée l'enquête préalable à la plainte

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS
Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.32.38

Considérant que les conditions dans lesquelles s'est déroulée le contrôle de l'activité de M. A avant le dépôt de la plainte du médecin-conseil et de la caisse primaire d'assurance maladie, notamment en ce qui concerne les modalités de recueil par les agents de l'administration des témoignages des assurés, sont sans influence sur la régularité de la procédure suivie devant la juridiction ordinale ; qu'il appartient à celle-ci d'apprécier la valeur et la portée des documents qui lui sont soumis, tant par les services plaignants que par le professionnel en cause, dans le cadre de la procédure contradictoire qui se déroule devant elle ;

Sur les griefs

Considérant, en premier lieu, qu'en l'absence d'indications relatives à la périodicité des séances à pratiquer par le masseur-kinésithérapeute portées sur les prescriptions médicales, néanmoins quantitatives, il appartenait à M. A d'en déterminer la fréquence ; qu'il résulte des expertises et examens médicaux pratiqués sur les patients en cause, que, dans les dossiers n°1, 2, 3, 4, 7, 8, 9 et 13, ce praticien a effectué un nombre de séances hebdomadaires injustifié compte tenu de l'état de ces patients ; qu'ainsi le grief d'abus de soins doit être retenu dans ces huit dossiers ; qu'en revanche, il y a lieu de l'écarter pour le dossier n°5, dans lequel le patient n'a pas fait l'objet d'expertise ou d'examen médical quant à son état ;

Considérant, en second lieu, que s'il est regrettable que, dans sept dossiers, M. A ait commis des erreurs dans la facturation d'actes, d'ailleurs réalisés, faisant apparaître soit une séance le même jour que pour l'intervention d'un confrère, soit deux séances dans la même journée, il ne résulte pas de l'instruction que ces anomalies ne puissent pas être regardées comme de simples négligences dans la tenue des documents relatifs à son activité ;

Considérant, en troisième lieu, que si, dans douze dossiers, les plaignants soutiennent que M. A aurait facturé des actes non réalisés, l'existence d'attestations et de contre attestations contradictoires produites et figurant au dossier ne permet pas de considérer ce grief comme suffisamment établi ; qu'il y a lieu, en conséquence, de l'écarter ;

Considérant, en quatrième lieu, que dans trois dossiers (n°s 8, 11 et 12), M. A a appliqué à tort la cotation AMK 9 justifiée en cas d'actes de rééducation, alors qu'il a pratiqué, sur les patients en cause, des actes ayant pour objet le maintien de leur autonomie, auxquels devait s'appliquer la cotation AMK 6 ; qu'en revanche, dans les dossiers n°s 1, 5, 7 et 10, le caractère inapproprié de cette cotation ne peut être retenu contre lui, en raison du fait que l'avis sapiteur indiquant la cotation correcte lui a été notifié tardivement ;

Considérant enfin que, dans le dossier n°17, pour huit actes facturés par M. A, il apparaît qu'aux dates qu'il a mentionnées sur ces actes, le patient recevait d'autres soins dans un établissement et qu'ainsi les plaignants sont fondés à lui reprocher d'avoir établi des facturations pour des actes non exécutés aux dates indiquées ;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que ceux des faits retenus ci-dessus à l'encontre de M. A constituent des fautes qui justifient que soit prononcée à son encontre une sanction en application des dispositions des articles L 145-1 et L 145-2 du code de la sécurité sociale ; que les faits antérieurs à la date du 17 mai 2002, contraires à l'honneur et à la probité, ne peuvent bénéficier des dispositions de la loi du 6 août 2002,

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS
Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.32.38

portant amnistie ; qu'il y a lieu d'infliger à M. A la sanction d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une période de huit jours, avec publication ;

Sur l'application des dispositions de l'article 75-1 de la loi n°91-647 du 10 juillet 1991

Considérant que la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Garonne n'étant pas la partie perdante dans la présente instance, il n'y a pas lieu de la condamner à verser à M. A la somme de 3 000 euros qu'il demande au titre des frais exposés par lui et non compris dans les dépens ;

Sur les frais de l'instance

Considérant, que dans les circonstances de l'affaire, il y a lieu, en application de l'article R 145-28 du code de la sécurité sociale, de mettre les frais de l'instance à la charge de M. A ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article 1er : La décision en date du 6 mars 2006 de la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins de Midi-Pyrénées est annulée.

Article 2 : La requête de M. A est rejetée.

Article 3 : Il est infligé à M. A la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant huit jours.

Article 4 : L'exécution de cette sanction pour la partie non assortie du sursis, prononcée à l'encontre de M. A prendra effet le 1er décembre 2007 à 0 h et cessera de porter effet le 8 décembre 2007 à minuit.

Article 5 : La publication de cette sanction sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Garonne, par affichage, dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant la période prévue à l'article 4.

Article 6 : Les conclusions de la requête de M. A tendant à l'application de l'article 75-1 de la loi n°91-647 du 10 juillet 1991 sont rejetées.

Article 7 : Les frais de la présente instance s'élevant à 170 euros seront supportés par M. A et devront être versés dans le délai d'un mois à compter de la notification de la présente décision.

Article 8 : La présente décision sera notifiée à M. Joël A, masseur-kinésithérapeute, à la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Garonne, au médecin-conseil chef de service de l'échelon local de la Haute-Garonne, à la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins de Midi-Pyrénées, au directeur régional des affaires sanitaires et sociales de Midi-Pyrénées, au chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole de Midi-Pyrénées, au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé de l'agriculture.

SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.32.38

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 5 juin 2007, où siégeaient M. SAUZAY, Conseiller d'Etat honoraire, président ; M. VLEMINCKX', masseur-kinésithérapeute, membre titulaire, nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale ; M. le Dr AHR, membre tiulaire, nommé par le Conseil national de l'Ordre des médecins ; M. le Dr DUCLOS et Mme le Dr GUERY, membres suppléants, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Lu en séance publique le 11 septembre 2007.

LE CONSEILLER D'ETAT HONORAIRE
PRESIDENT DE LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

P. SAUZAY

LE SECRETAIRE DE LA
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

M-A. PEIFFER