SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

Dossier n° **010-2017**
M. R. c. Echelon local du service médical de l'Isère et Caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère
Séance du **17 octobre 2018**
Décision rendue publique par affichage le **1er mars 2019**

LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES,

Vu la procédure suivante :

Procédure contentieuse antérieure :

L'échelon local du service médical près la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère et le directeur général de cette caisse ont respectivement porté plainte le 8 janvier et le 31 mars 2016 contre M. R., masseur-kinésithérapeute, devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Rhône-Alpes.

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a, par décision n°01-2016 du 12 avril 2017, prononcé à l'encontre de M. R. la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de dix-huit mois dont six mois assortis du sursis et condamné M. R. à reverser à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère la somme de 83 195,90 euros au titre du trop-remboursé.

Procédure devant la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes :

Par requête enregistrée le 14 juin 2017 au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, sous le n°010-2017, M. R., masseur-kinésithérapeute, exerçant (…), représenté par Me Alain Gondouin, demande :

1°) l'annulation de la décision n°01-2016 du 12 avril 2017 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Rhône-Alpes ;
2°) à titre principal, la nullité de la procédure engagée à son encontre par le service médical ;
3°) le rejet de la plainte.

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales

Vu le code de justice administrative ;

Vu le code de la santé publique ;

SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

Vu le code de la sécurité sociale ;

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 ;

Vu l'arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie ;

Après avoir entendu en séance publique du 17 octobre 2018 :

- M. Roger-Philippe Gachet, en la lecture de son rapport ;
- Me Gondouin, en ses observations pour M. R. et celui-ci en ses explications ;
- M. Pierre Morin, représentant la directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère
- Le Dr Elaine Larcher, médecin-conseil, représentant le médecin-conseil chef du Service médical de l'Isère en ses observations ;

M. R. ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant ce qui suit :

1- Considérant qu'à l'occasion du contrôle de l'activité de M. R., masseur-kinésithérapeute, au cours de la période du 1er janvier 2013 au 9 décembre 2014 des anomalies ont été relevées dans la réalisation et la tarification des actes soumis au remboursement au cours de cette période ;

<u>Sur la prescription :</u>

2- Aux termes de l'article R. 145-22 du code de la sécurité sociale : *« les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance de l'ordre (…) des masseurs-kinésithérapeutes (…) sont saisies, dans les cas prévus aux articles L. 145-1, L. 145-5-1, R. 145-1 et R. 145-8, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, adressée au secrétariat de la section intéressée dans le délai de trois ans à compter de la date des faits. (…) ».* Le mémoire de plainte du médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical de l'Isère ayant été enregistré le 29 décembre 2015, ainsi qu'il ressort du dernier état des pièces du dossier, cette date doit être réputée constituer le point de départ du délai de forclusion mentionné à l'article R. 145-22 du code de la sécurité sociale, sans qu'il y ait lieu de fixer une date plus tardive s'agissant du mémoire de plainte de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère, enregistré le 31 mars 2016, dès lors que celui-ci se borne à s'associer à la plainte du médecin-conseil en reprenant les mêmes griefs relatifs aux mêmes actes.

Sur la régularité de la décision de première instance :

3. Aux termes du premier alinéa du IV de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, issu de la loi du 13 août 2004 et relatif à l'analyse de l'activité des professionnels de santé *: « (…) La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret »* ; ces dispositions n'ont pas eu pour effet de faire de ce respect, lors de la procédure de contrôle médical, une condition de recevabilité de la plainte devant les juridictions chargées du contrôle technique, dès lors que le respect des droits de la défense est, à compter du dépôt de cette plainte, assuré par l'application des règles de la procédure juridictionnelle ; ainsi, en jugeant que les conditions dans lesquelles s'est déroulé le contrôle de l'enquête préalable sur l'activité de M. R. avant le dépôt de la plainte avaient été sans influence sur la régularité de la procédure suivie devant la juridiction ordinale, la section des assurances sociales de Rhône-Alpes n'a pas commis d'erreur de droit au regard de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale ; ce faisant, elle n'a pas non plus méconnu les stipulations de l'article 6-1 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, qui ne sont pas applicables à la procédure antérieure à la plainte.

Sur les griefs de la plainte :

En ce qui concerne la réalisation d'actes fictifs :

4- Il ressort des pièces du dossier que, pour les 52 dossiers présentés par les plaignants au titre de ce grief, les attestations produites par les patients établissent que M. R. n'a en réalité effectué qu'un nombre d'actes très inférieur à celui dont il a demandé la facturation à l'assurance maladie. Les différences tiennent principalement à la pratique systématique de majorer le nombre d'actes accomplis au cours d'une même semaine (n° 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 18, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 43, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 58, 59 et 60). Elles tiennent aussi à la cotation d'actes le samedi alors que les patients en cause indiquent clairement n'avoir jamais bénéficié de soins ce jour (n° 4, 10, 11,13, 15, 16, 19, 21, 22, 25, 28, 29 et 44). Elles tiennent encore à la facturation d'actes alors que les personnes en cause étaient hospitalisées ou en période d'impossibilité médicale de recevoir des soins (n° 9, 14, 19, 22, 39). Elles portent enfin sur des séances de balnéothérapie qui n'ont pas été réalisées aux dires des patients (20, 27, 30, 33, 38, 43, 51, 52). M. R. qui ne conteste pas la réalité des facturations se borne à invoquer des erreurs de dates peu crédibles en raison du grand nombre d'actes concernés. Ainsi le grief doit-il être retenu dans son intégralité.

En ce qui concerne les abus d'actes :

5- Il résulte des pièces du dossier que M. R. a réalisé un nombre d'actes sans lien avec les recommandations médicales concernant les pathologies présentées par les patients et sans respecter les procédures prévues au cas de dépassement des normes prévues par la réglementation.

6- Il résulte ainsi des recommandations de la HAS que, s'agissant des lombalgies communes au-delà de quinze séances le traitement doit être réévalué et doit faire l'objet d'une demande d'accord préalable. Doivent dès lors être réputées fautives la tarification en l'absence de tout accord préalable de 251 actes pour le patient n° 1, 231 actes pour le patient n° 4, 290 actes pour le patient n° 16, 45 actes pour le patient n° 26, 354 actes pour le patient n° 29, 54 actes pour le patient n° 34, 51 actes pour le patient n° 37, 448 actes pour le patient n° 39, 58 actes pour le patient n° 45, 303 actes pour le patient n°51 et 78 actes pour le patient n° 55 présentant des lombalgies communes. M. R. n'apporte pas non plus la justification médicale au nombre manifestement excessif d'actes relevés par le service médical s'agissant de la tarification de 272 actes de massage des genoux pour le patient n°15 et de 71 actes pour le patient n° 46 présentant tous deux de l'arthrose, de 232 actes pour le patient n° 40 atteint d'un traumatisme musculaire du membre inférieur, de 122 actes pour le patient n°41 traité pour gonarthrose bilatérale, de 145 actes pour la patiente n°48 traitée pour une reprise de prothèse de hanche, et pour les patients n°16 (290 actes) et 43 (156 actes) atteints de cervicalgie.

7- Une réévaluation des indications thérapeutiques doit aussi être faites selon l'ANAES pour le traitement au-delà de 20 séances pour les tendinopathies de la coiffe des rotateurs. Or M. R. s'est abstenu de procéder à une telle réévaluation s'agissant des patients n°28 (54 actes), 42 (52 actes), 49 (115 actes) et 57 (75 actes). Une demande d'accord préalable doit aussi être présentée au-delà de la 40ème séance pour la reconstruction des ligaments croisés antérieurs du genou. Or une telle formalité n'a pas été accomplie pour les patient n° 27 (74 actes), 38 (91 actes), 58 (134 actes). Aucun accord préalable n'a pas été demandé après 10 séances pour le patient n° 56 souffrant d'une entorse à la cheville (42 actes). M. R. aurait dû selon le référentiel de la HAS demander une entente préalable après 25 séances pour les patients n° 51 (318 actes), n° 20 (172 actes) et n° 64 (26 actes) ayant bénéficié d'une prothèse de genou. Il aurait de même dû demander un accord préalable du service médical après 25 séances pour le patient n°43 ainsi que préalablement aux soins pour le patient n° 3 traité pour libération du nerf médian (125 actes) et pour le patient n°54 bénéficiant de soins pour une rééducation des mains et pour lequel M. R. a dissocié en plusieurs séances la réalisation d'un acte unique (33 actes). En prolongeant indéfiniment des soins sans procéder à aucune réévaluation médicale de ses actes M. R. a méconnu les obligations déontologiques qui lui incombaient notamment en matière de qualité des soins. M. R. a, en outre, effectué en faveur du patient n°9, 241 actes alors que la prescription médicale en mentionnait 20 et qu'aucune justification médicale n'est apportée pour la facturation au profit du patient n°21 (drainage bronchique) de 334 actes en 16 mois

8- En revanche, le grief d'abus d'actes n'est pas établi s'agissant du patient n° 8 qui présente une tendinite du tendon d'Achille et pour lequel la prescription est non quantitative, des patients n° 10 et 11 pour lesquels les prescriptions n'étaient pas quantitatives et pour le patient n°19 traité pour kinésithérapie respiratoire et pour lesquels le grief n'est pas avéré du patient n° 53 en raison de l'affection neurologique présentée par ce patient de 29 ans, du patient n° 60 atteint d'une scoliose, des patients n° 50, atteint d'une paraplégie, et n° 59 car les pièces du dossiers ne permettent pas de démontrer la réalité du grief. Au surplus, il résulte des ordonnances produites par M. R. et celles transmises par le médecin-conseil que ce professionnel a masqué le nombre de séance afin d'en supprimer la mention (patients n°9, 20, 28, 41 et 59), ce qui témoigne d'une volonté délibéré de soustraire ses pratiques irrégulières au contrôle de l'assurance maladie.

9- Il résulte de ce qui vient d'être dit que le grief d'abus d'actes ne peut être retenu que pour les dossiers mentionnés aux points 5 et 6 de la présente décision.

En ce qui concerne le grief de non-respect de la durée des séances :

10- Les dispositions liminaires du Titre XIV de la NGAP prévoient que, sauf exception prévues par les textes, la durée des séances de masso-kinésithérapie est de l'ordre de 30 minutes. Cette disposition a pour objet de favoriser la qualité des soins en instituant une durée minimale approximative pendant laquelle un professionnel doit se consacrer à son patient. Il résulte de l'instruction que M. R. n'a pas respecté cette disposition dans un grand nombre de cas sans pouvoir justifier médicalement de sa pratique.

11- Il résulte des déclarations présentées par plusieurs patients devant le service médical que M. R. ne leur a consacré qu'une durée thérapeutique trop faible de l'ordre de quelques minutes pour les patients n° 2, 3, 5, 7, 9, 12, 26, 33, 46, 49, 50, 52, 54, 57 (moins de 10 minutes, parfois simplement pose et dépose des électrodes) ou de 15 à 20 minutes pour les patients n° 6, 8, 15, 16, 19, 23, 24, 27, 28, 30, 31, 36, 37, 42, 45, 56, 58, 59. Ce temps est insuffisant pour assurer des soins attentifs et dévoués à ces patients dont certains se sont plaints et représente une suractivité de nature à justifier le remboursement de l'indu.

En ce qui concerne les cotations non conformes de certains actes :

12- Il résulte de l'examen des pathologies présentées par les patients n°14 et 25 telles que décrites par le service médical que les actes correspondant ont été réalisées dans le cadre du maintien de l'autonomie à la marche de la personne âgée, ces actes étaient cotables AMK 6 et non AMK 8 ainsi que l'a fait M. R.. Pour les patients n° 6, 20, 28, 38 et 59 soignés pour des pathologies de la cheville, du genou ou de l'épaule la cotation à appliquer est AMS 7,5 en application de l'article 1, chapitre 2, titre XIV de la NGAP *« rééducation d'un membre et de sa racine, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée »* et non AMS 9,5 ou AMK 10 utilisé par M. R. Il en va de même en vertu de la même disposition s'agissant des patients n° 3, 12, 16, 21, 24, 26, 51 et 55 traités pour rééducation du rachis. En revanche les soins prodigués au patient n° 11 (hémiplégie gauche) étaient cotables AMK 9 et non AMK 6 comme le proposent les plaignants, ce qui limite l'ampleur de la surcotation par rapport à AMS 9,5 retenu par le professionnel. Pour le patient n° 13 la cotation à retenir eu égard à la prescription est AMK 8, intermédiaire entre la cotation AMK 6 proposée par l'assurance maladie et AMS 9,5 appliquée par le professionnel. Pour le patient n°23 atteint de cruralgie, la cotation à retenir était AMS 7,5 et non AMK 9 comme appliqué par M. R. Il n'y en revanche pas lieu de retenir d'erreur de cotation pour le patient n° 10 cotable AMK 8 compte tenu de la prescription du médecin. L'ensemble des erreurs ci-dessus retenues représentent des surcotations dont le montant doit être remboursé dans la mesure indiquée.

En ce qui concerne le grief de traitement de balnéothérapie à plus de trois patients par piscine :

13- S'il est fait obligation au professionnel par l'article 1er du chapitre 3 du titre XIV de limiter à trois patients le nombre de patients susceptibles de bénéficier d'un programme de rééducation, l'imprécision du témoignage du patient n°40 qui se borne à attester de la présence simultanée *« entre 2 et 4 personnes »* dans la piscine sans en préciser les dates ou la durée de cette prise en charge ne permet pas de retenir le grief.

En ce qui concerne la facturation injustifiée de frais de déplacement spécifiques :

14 - Il résulte des dispositions de l'annexe 7.1 de la convention des masseurs-kinésithérapeutes que des indemnités de déplacement spécifiques peuvent être tarifées dans des conditions limitatives prévues par ces textes. C'est ainsi que l'indemnité IFS s'applique aux actes liés à la prise en charge des patients après une intervention orthopédique ou traumatologique, pendant la période allant de la date de sortie de l'hospitalisation au 35ème jour après cette date. Il est constant que M. R. a appliqué irrégulièrement cette tarification aux patients n° 10, 11, 13, 17, 23, 28, 36 et 39 en l'absence de toute hospitalisation ainsi qu'aux patients n° 8, 58,61,62,64,65 et 67 au-delà du 35 ème jour d'hospitalisation. C'est ainsi encore que l'indemnité IFR réservée aux rééducations des conséquences des affections rhumatismales respiratoires ne pouvait être appliquée aux patients n°16 et 24 qui n'étaient pas atteints de cette pathologie. M. R. a de même irrégulièrement facturé une indemnité IFN (indemnité forfaitaire neurologique) aux patients n° 20 et 25 soignés respectivement pour une pathologie du genou et aide à la marche. Quant à l'indemnité forfaitaire pneumologique (IFP) elle ne pouvait être tarifée pour le patient n° 21 bénéficiant de massages pour rééducation du rachis. Dans chacun de ces cas ne pouvait être appliquée que la tarification IFD d'un montant inférieur. La caisse primaire d'assurance maladie est donc fondée à réclamer la restitution de la différence entre ces montants à l'exception des patients n°11 et 23 qui se sont vus appliquer une cotation erronée mais de niveau financier identique à celui des cotations normalement applicables.

En ce qui concerne des facturations indues de frais de déplacement :

15- La résidence dans le même EHPAD des patientes n° 10 et 11 ne permettait pas à M. R., en l'absence de tout temps de déplacement effectif pour la seconde de ces patientes, de cumuler les frais de déplacements pour des visites effectuées au même moment.

En ce qui concerne le grief de non-respect des prescriptions médicales :

16- Il résulte de l'examen des pièces du dossier que pour quatre patients Monsieur R. n'a pas respecté les indications médicales des prescriptions sur la base desquelles il exerçait son art en application de l'article L 4321-1 du code de la santé publique. Il ne pouvait ainsi facturer pour le patient n° 3 des soins liés à une chirurgie du canal carpien alors que la prescription produite concernait le rachis. Il en va de même pour les séances de kinésithérapie du rachis effectuées pour les patients n° 12 et n° 21 alors que leurs prescriptions médicales mentionnaient de la kinésithérapie respiratoire. Quant à la prescription produite par M. R. pour le patient n° 20 elle est différente de celle fournie par le spécialiste.

En ce qui concerne le grief d'absence d'accord préalable :

17- Les dispositions de la section 2 du chapitre 1 du titre XIV de la deuxième partie de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) prévoient s'agissant des traitements de de rééducation et de réadaptation fonctionnelles l'établissement d'un bilan diagnostic kinésithérapique. Celui-ci a en particulier pour objet de préciser le diagnostic et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur. Il ressort du dossier que M. R. s'est abstenu d'établir un tel bilan pour 64 patients (dossiers n° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65 et 68). Cette omission est fautive dès lors que l'absence de bilan porte atteinte à la qualité des soins dispensés et ne permet pas un suivi régulier des patients en liaison avec le médecin prescripteur. M. R. ne saurait atténuer sa responsabilité en invoquant le fait que beaucoup de ses confrères s'abstiennent de rédiger de tels bilans.

Sur la sanction :

18- Les faits retenus ci-dessus à l'encontre de M. R. méconnaissent les exigences déontologiques qui s'imposent aux professionnels, notamment l'obligation de limiter leurs actes en observant la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins, rappelée par les articles R. 4321-59 du code de la santé publique et L. 162-12-8 du code de la sécurité sociale. Ce comportement fautif justifie que soit maintenue à son encontre la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de dix-huit mois, dont six mois assortis du bénéfice du sursis, prononcée par les premiers juges sur le fondement du 3° de l'article L 145-5-2 du code de la sécurité sociale.

Sur les conclusions tendant au remboursement des abus d'honoraires :

19- Aux termes de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale : *« Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et par la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (…) sont : (…) 4°) Dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé (…) ».* Constituent à ce titre des honoraires abusifs au sens de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale ceux qui sont réclamés pour un acte facturé sans avoir jamais été réalisé, pour un acte surcoté, pour un acte réalisé dans des conditions telles qu'alors même qu'il a été effectivement pratiqué il équivaut à une absence de soins, ou encore ceux dont le montant est établi sans tact ni mesure.

20- Il résulte de la règle ainsi définie que les griefs retenus aux points n°4 (actes fictifs), 11 (actes réalisés dans des conditions équivalant à une absence de soin), 12 (actes surcotés), 14 (actes surcotés) et 16 (absence de tact et mesure) sont de nature à justifier un remboursement au titre du 4° de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale. Toutefois, les éléments financiers produits par la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère (CPAM) qui fixent à 83 195,90 euros le montant du remboursement demandé ne procède à aucune ventilation des actes facturés, en fonction de chacun des griefs, par le professionnel pour les 65 patients ayant fait l'objet de la plainte. Les éléments ainsi produits ne permettant pas à la juridiction de calculer le montant du remboursement. Dans le cadre de ses pouvoirs d'instructions, celle-ci demande à la CPAM de produire dans un délai de deux mois le

tableau de remboursements correspondant aux dossiers retenus comme fautifs par la présente décision avant dire droit.

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E

Article 1er : La requête d'appel de M. R. en tant qu'elle est dirigée contre l'article 1er de la décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Rhône-Alpes du 12 avril 2017 est rejetée.

Article 2 : L'exécution de la sanction d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux prononcée par les premiers juges, pour la partie non assortie du sursis, prendra effet le 1er juillet 2019 et cessera de porter effet le 30 juin 2020.

Article 3 : La caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère produira, dans un délai de deux mois, la récapitulation financière des remboursements par acte et par patient correspondant aux griefs retenus par la présente décision.

Article 4: La publication de cette décision sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère, par affichage dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant la période prévue à l'article 2.

Article 5 : La présente décision sera notifiée à M. R., au médecin-conseil chef du Service médical près la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère, à la directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de l'Isère, au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Auvergne-Rhône-Alpes, au directeur de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'agriculture.

Copie pour information en sera délivrée au directeur général de la MSA Alpes du Nord.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 17 octobre 2018, où siégeaient M. BARDOU, Conseiller d'Etat honoraire, président ; M. GACHET, membre titulaire et Mme BOURGEOIS-DEVAUD, membre suppléant, désignés par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; Mme le Dr DE HAUT DE SIGY et M. le Dr HOUSSINOT, membres suppléants, nommés par le ministre chargé de la santé.

SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

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

GILLES BARDOU

LE SECRETAIRE DE LA
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

AURELIE VIEIRA

La République mande et ordonne au ministre chargé de la santé en ce qui le concerne, ou à tous huissiers de justice à ce requis en ce qui concerne les voies de droit commun contre les parties privées, de pourvoir à l'exécution de la présente décision.