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

91bis rue du Cherche-Midi -75006-Paris

## Dossier n° 004-2020 Mme G. c. CPAM des Bouches-du-Rhône

Décision rendue publique par affichage le 07 avril 2022

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

Vu la procédure suivante :

*Procédure contentieuse antérieure :*

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) des Bouches-du-Rhône a porté plainte contre Mme G., masseur-kinésithérapeute, devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse.

Par une décision n°02-2018 du 27 janvier 2020, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a infligé à Mme G. la peine d'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée globale de dix mois assortie du sursis pour une durée de quatre mois avec publication, pendant une durée d'un mois, de cette décision dans les locaux de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône.

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

Par une requête enregistrée le 27 mars 2020 au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, Mme G., masseur-kinésithérapeute, exerçant à (…), représentée par Me Nicolas Choley, demande à la section des assurances sociales du conseil national :

1°) d'annuler cette décision ;

2°) de rejeter la plainte conjointe formée à son encontre par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône.

3°) de mettre à la charge de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône la somme de 5000 euros au titre de l'article L.761-1 du code de justice administrative.

Vu les autres pièces du 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 ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n° 2020-1663 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes et relatif notamment à leur communication professionnelle ;

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 ;

Vu l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale et de certaines dispositions du code du travail.

Les parties ayant été régulièrement averties du jour de l'audience,

Après avoir entendu en séance publique du 15 février 2022 :

- M. Roger-Philippe Gachet, en la lecture de son rapport ;

- Me Sarah Hanffou, se substituant à Me Nicolas Choley, pour Mme G. en ses observations ;

- Me Sophie Tassel pour la caisse primaire d'assurance-maladie des Bouches-du-Rhône, en ses observations ;

Me Hanffou ayant été invitée à prendre la parole en dernier.

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant ce qui suit :

1. La caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône a porté plainte contre Mme G. devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse. Par une décision du 27 janvier 2020, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a infligé à Mme G. la sanction de l'interdiction temporaire du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée globale de dix mois, dont quatre mois avec sursis. Mme G. fait appel de cette décision devant la section des assurances sociales du Conseil national.

Sur la régularité de la décision attaquée :

2. En premier lieu, l'article R. 145-41 du code de la sécurité sociale dispose que *« la minute de la décision est signée par le président de la formation de jugement et le secrétaire de l'audience »*. Il ressort des pièces du dossier que la minute de la décision attaquée comporte l'ensemble des signatures prévues par les dispositions de l'article R. 145-41 précité, aucune disposition n'imposant, par ailleurs, que l'expédition notifiée aux parties comporte ces signatures. Par suite, le moyen tiré de l'irrégularité de cette décision à raison du défaut de signature de la minute par le président de la formation de jugement et le secrétaire de l'audience ne peut qu'être écarté.

3. En deuxième lieu, alors même que la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance n'était pas tenue de reprendre dans le détail chacun des dossiers énumérés par la plainte, la décision attaquée a expressément répondu à chacune des catégories de griefs présentée par la caisse primaire d'assurance maladie, tirés de ce que Mme G. a facturé des actes accomplis lors de jours de fermeture du cabinet pour 854 patients, que ses conditions d'exercice étaient fautives en tant qu'elle n'a pas respecté les dispositions relatives à la durée des soins prévues à la nomenclature et qu'elle a méconnu les dispositions déontologiques relatives à la publicité. Les premiers juges ont ainsi suffisamment motivé leur décision. Par suite le moyen tiré de l'insuffisance de motivation du jugement attaqué doit être écarté.

Sur la qualité de l'agent de la caisse primaire d'assurance maladie chargé du contrôle de l'activité de Mme G. :

4. Aux termes de l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale : *« Les directeurs des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou par arrêté du ministre chargé de l'agriculture, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations, le contrôle du respect des conditions de résidence et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens-conseils et auditeurs comptables 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 »*.

5. Il résulte de l'instruction que le contrôle d'activité initié par la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône concernant l'activité de Mme G. a été confié à Mme R., agent chargé du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale par décision du 3 août 2016 du directeur général de la Caisse nationale d'assurance-maladie dans les conditions prévues par l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale et de certaines dispositions du code du travail et devenue définitive après prestation de serment de cet agent le 26 octobre 2016 devant la vice-présidente du tribunal d'instance de Marseille. Dès lors, le moyen tiré de ce que les attestations produites devant la juridiction du contentieux technique auraient été recueillies par un agent non habilité ne peut qu'être écarté.

Sur la recevabilité de la plainte de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône :

6. 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 médecins (…) sont saisies (…) dans le délai de trois ans à compter de la date des faits. »*. La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ayant été saisie le 30 janvier 2018, la plainte de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône n'est recevable, en application de ces dispositions, qu'en tant qu'elle concerne des actes pour lesquels Mme G. a émis une facture après le 31 janvier 2015. Il résulte de l'instruction qu'aucun acte de la plainte n'a été présenté au remboursement avant cette date. Dès lors l'exception d'irrecevabilité opposée par Mme G. à la plainte de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône ne peut qu'être rejetée.

Sur les moyens relatifs à la procédure de contrôle préalable :

7. Mme G. soutient que la procédure de contrôle d'activité la concernant aurait été menée par la caisse primaire d'assurance maladie en violation de l'article 6 de la convention européenne des droits de l'homme et de sauvegarde des citoyens notamment en ce que les patients interrogés n'auraient pas été dûment informés de leurs droits et de ce qu'ils n'auraient pu être interrogés par elle. Elle fait valoir en outre que le contrôle a été mené sans respect de la charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé édictée par l'assurance-maladie. Elle conteste enfin la circonstance que pour son audition, en date du 7 juin 2017, par l'agent agréé de la caisse, elle n'a pas été convoquée dans le délai de 15 jours et qu'elle n'a pas été informée de son droit de se faire assister du conseil de son choix ainsi que l'exige l'article L. 162-1-20 du code de la sécurité sociale. Elle conclut à ce titre à l'irrecevabilité de la plainte et, subsidiairement, à ce que les documents issus de la procédure soient retirés du dossier.

8. Si le respect des exigences procédurales par les services de l'assurance maladie pendant la phase de contrôle préalable à la saisine de la juridiction du contrôle technique ne constitue pas une condition de recevabilité de la plainte et si cette phase de contrôle préalable ne constitue pas un élément de la procédure suivie devant la juridiction, de sorte que l'éventuelle irrégularité de cette phase préalable ne saurait par elle-même entacher d'irrégularité la procédure juridictionnelle, le professionnel de santé poursuivi devant la juridiction du contrôle technique peut toujours se prévaloir de circonstances antérieures à l'engagement des poursuites disciplinaires de nature à affecter la régularité de la procédure juridictionnelle suivie ou le bien-fondé de la sanction susceptible d'être infligée. En particulier, il peut utilement faire valoir que, pendant la phase de contrôle préalable, il aurait été porté par avance une atteinte irrémédiable au respect des droits de la défense pendant la procédure juridictionnelle ou que des irrégularités ayant entaché cette phase de contrôle préalable affectent la valeur probante des éléments produits lors de l'instance juridictionnelle ou conduisent à remettre en cause l'existence matérielle ou la qualification des faits dénoncés dans la plainte.

9. Les moyens présentés par Mme G. à l'encontre de la procédure de contrôle relatifs au non-respect de la charte de contrôle et aux conditions de convocation de son audition en date du 7 juin 2017 par la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches–du-Rhône ne peuvent, en tout état de cause, qu'être écartés, dès lors, d'une part, qu'en ce qu'ils sont fondés sur les énonciations de la charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'assurance maladie relatives au contrôle médical, ils sont inopérants, le contrôle en cause n'ayant pas été conduit par le service du contrôle médical, d'autre part, en ce que l'article L. 162-1-20 du code de la sécurité sociale n'est, ainsi que le soutient la caisse primaire d'assurance maladie, pas applicable à la procédure en cause.

10. Si le principe des droits de la défense garanti par l'article 6 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales s'applique à la procédure de sanction ouverte par la notification des griefs et non à la phase préalable à la saisine de la juridiction du contrôle du contentieux technique, cette phase préalable ne saurait, sans entacher d'irrégularité la sanction prise au terme de l'instance juridictionnelle, porter par avance une atteinte irrémédiable aux droits de la défense des personnes qui font l'objet d'une procédure de sanction. En l'espèce, si Mme G. soutient que ses patients ont été interrogés sans être informés que leurs attestations étaient susceptibles d'être utilisées dans le cadre d'une procédure disciplinaire et dans des conditions telles, soulignées par eux dans des attestations ultérieures, que leur témoignage était sujet à caution, cette circonstance n'est pas de nature à avoir porté, par avance, une atteinte irrémédiable au respect des droits de la défense pendant la procédure juridictionnelle ayant donné lieu à la sanction attaquée dès lors que la professionnelle poursuivie a pu apporter lors de la procédure juridictionnelle les éléments de nature à les remettre en cause. Par suite, l'exception d'irrégularité de la procédure soulevée par Mme G. ainsi que ses conclusions relatives au retrait du dossier des attestations recueillies auprès des patients doivent être écartées.

Sur la valeur probante des attestations recueillies par l'agent assermenté de la caisse primaire d'assurance maladie :

11. Les attestations recueillies auprès des patients par un agent assermenté de l'assurance maladie ne sont pas au nombre de celles visées par l'article 202 du nouveau code de procédure civile invoqué par le requérant mais ont été établies par des agents assermentés sur le fondement de l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale. Ainsi, elles font foi jusqu'à preuve contraire. Il suit de là que la circonstance qu'un certain nombre des 25 attestations figurant au dossier ne comporteraient pas en particulier la mention *« lu et approuvé »* prévue par la disposition du nouveau code de procédure civile, ou ne seraient pas accompagnées d'une photocopie d'une pièce d'identité est, en tout état de cause, sans influence sur leur régularité. Il appartenait, dès lors, à la juridiction de première instance, comme elle l'a d'ailleurs fait et, après elle, au juge d'appel d'apprécier la portée des documents qui leur sont soumis et qui leur permettent de se prononcer. Si le patient n°14 n'a pas été directement auditionné, il ressort des pièces du dossier que c'est la femme de ce patient qui a été auditionnée par l'agent enquêteur mais que ce témoignage n'a pas été remis en cause par l'intéressé.

Sur les faits reprochés à Mme G. :

*En ce qui concerne la facturation d'actes non réalisés :*

12. Aux termes de l'article 5 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels : *« Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession : ( ..... ) c) les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous*

*réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de sa compétence ».*

13. Il résulte des attestations des auditions des patients 1 à 12 et 14 que ceux-ci attestent n'avoir pas reçu de soins le mercredi et le samedi après-midi. La caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône est ainsi fondée à soutenir que les actes tarifés par Mme G. ces jours de la semaine ont un caractère fictif. En revanche, si les patients 1 à 12 et 14 ont mentionné qu'à leur connaissance le cabinet était fermé les mercredi et samedi après-midi, ces témoignages, compte tenu de leur caractère général et en l'absence de toute autre pièce du dossier, ne permettent pas d'établir avec certitude que le cabinet avait été fermé ces jours de la semaine pendant les trois années concernées par le contrôle. Il n'y a donc pas lieu d'élargir le grief d'actes fictifs à l'ensemble des 854 assurés pour lesquels, au cours de cette période, Mme G. a facturé des actes les mercredi et samedi après-midi, ces actes ayant en tout état de cause fait l'objet pour un montant de 56260 euros de la procédure de remboursement de l'indu prévue à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale. Le grief de facturation d'actes non réalisés doit ainsi être retenu dans la mesure indiquée ci-dessus.

*En ce qui concerne la publicité d'activités au sein du cabinet :*

Quant au droit applicable :

14. Il est constant que le décret n° 2020-1663 du 22 décembre 2020 a modifié la réglementation applicable à la date des faits en matière de signalétique des cabinets de masso-kinésithérapie notamment en supprimant à l'article R. 4321-67 du code de la santé publique l'interdiction d'utilisation de procédés directs ou indirects de publicité ainsi qu'aux articles R. 4321-123 et R. 4321-125 du même code la nature et le contenu des moyens de communication professionnelle à la disposition des professionnels de santé. Par suite, ces dispositions qui modifient en les allégeant la teneur des faits sanctionnables par le juge du contrôle du contentieux technique constituent une loi répressive plus douce immédiatement applicable aux faits commis antérieurement à son entrée en vigueur.

Quant aux griefs de la plainte :

15. L'article R. 4321-67 du code de la santé publique dispose que : *« La masso-kinésithérapie ne doit pas être pratiquée comme un commerce »*. Aux termes de l'article R. 4321-67-1 du même code : *« I- Le masseur-kinésithérapeute est libre de communiquer au public, par tout moyen, y compris sur un site internet, des informations de nature à contribuer au libre choix du praticien par le patient, relatives à ses compétences professionnelles, à son parcours professionnel et aux conditions de son exercice/Cette communication respecte les dispositions en vigueur et les obligations déontologiques définies par la présente section. Elle est loyale et honnête, ne fait pas appel à des témoignages de tiers, ne repose pas sur des comparaisons avec d'autres masseurs-kinésithérapeutes ou établissements et n'incite pas à un recours inutile à des actes de prévention et de soins. Elle ne porte pas atteinte à la dignité de la profession et n'induit pas le public en erreur (….). III- Les communications mentionnées au présent article tiennent compte des recommandations émises par le conseil national de l'ordre ».*

16. Aux termes de l'article R. 4321-125 du code de la santé publique : *« Le masseur-kinésithérapeute peut faire figurer sur une plaque à son lieu d'exercice ses nom, prénoms, numéro de téléphone, jours et heures de consultation et situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie/ Il peut également mentionner ses diplômes, titres, fonctions et spécificités d'exercice reconnus par le conseil national de l'ordre/ Une plaque peut être apposée à l'entrée de l'immeuble et une autre à la porte du cabinet. Lorsque la disposition des lieux l'impose, une signalisation intermédiaire peut être prévue/ Ces indications doivent être présentées avec discrétion. Le masseur-kinésithérapeute tient compte des recommandations émises par le conseil national de l'ordre relatives aux plaques professionnelles et à tout autre élément de signalétique des cabinets »*. En application de ces dispositions, le Conseil national de l'ordre a publié sur son site un *« Guide de bonne pratique »* en ligne avec ces dispositions.

17. Il résulte de ce document qu'un professionnel peut mentionner, y compris à l'extérieur de son cabinet, les spécificités d'exercice reconnues par le Conseil national de l'ordre. Il est constant que si la pressothérapie figure parmi les actes mentionnés par l'article R. 4321-7 du code de la santé publique comme entrant dans la compétence des masseurs-kinésithérapeutes, *« les activités de bien être, power plate, sauna infra rouge, endermologie, ultra son, (…) massage californien, aquabike »* affichés au sein de son cabinet ne figurent pas parmi les spécificités reconnues par le Conseil national de l'ordre dans son avis n° 2021-02 du 30 mars 2021 abrogeant partiellement l'avis n° 2017-01 du 22 mars 2017, pas plus que dans ce dernier avis applicable à la date des faits. Ainsi la mention de ces activités, lesquelles étaient pratiquées au sein du même local par la fille de Mme G. à titre d'esthéticienne, ne pouvaient figurer dans les locaux affectés à l'exercice de la masso-kinésithérapie. Le grief de méconnaissance des articles R. 4321-67, R. 4321-67-1 et R. 4321-125 du code de la santé publique doit, ainsi, être retenu au titre de faute déontologique.

*En ce qui concerne le grief de « suractivité » :*

18. En vertu de l'article 1er du chapitre 3 du titre XIV de la nomenclature, pour les traitements de groupe, *« la durée totale de la séance est égale au nombre de patients que multiplie une demi-heure ».* Le nombre de patients ne peut excéder trois. L'article 2 du même chapitre prévoit que si le praticien choisit d'accueillir deux ou trois patients, le temps consacré à chaque patient doit être *« de l'ordre de trente minutes »*.

19. Il résulte de l'instruction que Mme G. a facturé pendant la période du contrôle à 256 reprises des soins pour plus de 34 patients par jour, ce chiffre s'établissant à 82 patients par jour pour certaines dates, soit en tenant compte d'une durée de trente minutes par actes, un temps de travail théorique compris entre 17 heures et 41 heures. Dans ces conditions, ce nombre excessif de cotations d'actes révèle soit que certains de ces actes ont été surfacturés, soit qu'ils n'ont pas été réalisés, soit qu'ils l'ont été dans des conditions telles qu'alors même qu'ils auraient été effectués, ils équivaudraient à une absence de soins. Ce grief de suractivité est, au surplus, confirmé par les attestations de plusieurs patients qui mentionnent la présence fréquente d'un grand nombre de patients dans la salle d'attente.

20. Il résulte de tout ce qui précède que Mme G. n'est pas fondée à se plaindre de ce que la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse ait, par la décision attaquée en date du 27 janvier 2020, retenu à son encontre le principe d'une sanction.

Sur la sanction :

21. Les faits mentionnés aux points 13, 17 et 19 ci-dessus retenus à l'encontre de Mme G. constituent des fautes et abus. Au regard de leur nature et de leur nombre ainsi que de l'existence d'un précédent récent n'ayant pas fait l'objet d'amnistie, les premiers juges n'ont pas fait une inexacte appréciation de leur gravité en prononçant à l'encontre de Mme G. la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pour une durée de sept mois dont quatre mois assortis du sursis et en décidant que la sanction, pour la partie assortie du sursis, prononcée par décision n° 5088 du 17 novembre 2016 de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins, ayant condamné Mme G. à une interdiction temporaire du droit de donner des soins aux assurés sociaux pour une durée de six mois dont trois mois assortis de sursis devenait exécutoire. Une publication de cette décision sera assurée par la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, dans ses locaux administratifs ouverts au public, pendant une durée d'un mois.

Sur les conclusions présentées au titre des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative :

22. Les dispositions de cet article font obstacle à ce qu'une somme soit mise à la charge de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, qui n'est pas la partie perdante dans la présente instance, au titre des frais exposés et non compris dans les dépens.

DECIDE :

Article 1er : La requête de Mme G. est rejetée.

Article 2 : L'exécution de la sanction prononcée par la décision du 27 janvier 2020 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse prendra effet, pour sa partie ferme, le 1er juillet 2022 à 0h00 et cessera de porter effet le 31 décembre 2022 à minuit.

Article 3 : La publication de cette décision sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, par affichage, dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant une période d'un mois à compter de la date d'effet de la sanction mentionnée à l'article 2.

Article 4 : La présente décision sera notifiée à Mme G., au directeur de la caisse primaire centrale d'assurance-maladie des Bouches-du-Rhône, au directeur de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Bouches-du-Rhône, au ministre des solidarités et de la santé et au ministre de l'agriculture et de l'alimentation.

Copie pour information en sera délivrée à Me Choley et Me Tassel.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 15 février 2022, où siégeaient M. BARDOU, Conseiller d'Etat honoraire, Président ; M. GACHET, membre titulaire et Mme BOURGEOIS-DEVAUD, membre suppléante, désignés par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; Mme le docteur RIO et M. le docteur HOUSSINOT, membres titulaires, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

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.