

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

Dossier n° **004-2018**

**Echelon local du service médical de l'Hérault et Caisse
primaire d'assurance maladie de l'Hérault c. M. Y.**

Séance du **22 janvier 2020**

Décision rendue publique par affichage le **31 juillet 2020**

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

Vu la procédure suivante :

Procédure contentieuse antérieure :

Le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical de l'Hérault et le directeur de la Caisse primaire d'assurance-maladie de l'Hérault ont porté plainte le 13 juillet 2017 contre M. Y., masseur-kinésithérapeute, devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Occitanie.

Par une décision n°1/2017 du 9 mars 2018, cette section des assurances sociales a infligé à M. Y. la sanction de l'avertissement.

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

Par une requête, un mémoire de production, un mémoire en réplique et un autre mémoire, enregistrés les 14 et 25 mai 2018, le 29 novembre 2018 et le 26 février 2019 au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical de l'Hérault et le directeur de la Caisse primaire d'assurance-maladie de l'Hérault demandent la réformation de cette décision et l'aggravation de la sanction infligée à M. Y.

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu le code de justice administrative ;

Vu le code de la santé publique ;

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 ;

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

Après avoir entendu en séance publique du 22 janvier 2020 :

- M. Roger-Philippe Gachet, en la lecture de son rapport ;
- Me Balzarini, en ses observations pour M. Y. ;
- Le Dr André Calas, médecin-conseil, représentant le médecin-conseil chef de l'échelon local de l'Hérault et la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault, en ses observations ;

Me Balzarini ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant ce qui suit :

1. A l'occasion du contrôle de l'activité de M. Y., masseur-kinésithérapeute, associé dans les sociétés d'exercice libéral à responsabilité limitée « ... » et « ... » à (...), des anomalies ont été relevées dans la facturation des actes de ce professionnel au titre de la période allant du 15 juillet 2014 au 31 janvier 2016, qui ont fait l'objet d'une plainte commune du médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical du Languedoc-Roussillon et du directeur de la Caisse primaire d'assurance-maladie de l'Hérault. Par une décision du 9 mars 2018, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Occitanie a infligé à M. Y. la sanction de l'avertissement. Le médecin-conseil et la Caisse primaire d'assurance maladie font appel de cette décision.

Sur la recevabilité de l'appel :

2. En vertu de l'article R.145-59 du code de la sécurité sociale, le délai d'appel contre une décision de section des assurances sociales de première instance est de deux mois à compter de la notification de cette décision. Sauf texte contraire, les délais de recours devant les juridictions administratives sont, en principe, des délais francs, leur premier jour étant le lendemain du jour de leur déclenchement et leur dernier jour étant le lendemain du jour de leur échéance. Le délai qui expirerait normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable, par application de la règle prévue à l'article 642 du code de procédure civile.

3. Il ressort des pièces du dossier que la décision attaquée a été reçue par la Caisse primaire d'assurance-maladie de l'Hérault le 12 mars 2018. Le délai d'appel commençait donc à courir le 13 mars 2018, lendemain de la date de son déclenchement. Le 13 mai 2018 étant un dimanche, la date d'expiration de ce délai se trouvait reportée au lundi 14 mai 2018. L'appel du directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault ayant été enregistré au greffe de la Section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes le 14 mai 2018, la fin de non-recevoir tirée par M. Y. de la tardiveté de cet appel doit être écartée.

Sur la régularité de la plainte :

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

En ce qui concerne l'habilitation du médecin conseil chargé du contrôle d'activité de M. Y. :

4. D'une part, aux termes de l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction applicable au litige : « *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 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. D'autre part, le service du contrôle médical constitue, en vertu de l'article R. 315-2 du code de la sécurité sociale, un service national confié à des médecins-conseils, des chirurgiens-dentistes conseils et des pharmaciens-conseils. Il a notamment pour mission, aux termes du IV de l'article L. 315-1 du même code, de procéder « *à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie (...), notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie (...). La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret.* ». Le premier alinéa du III de l'article R. 315-1 du même code dispose que lorsque le service du contrôle médical constate le non-respect de règles de nature législative, réglementaire ou conventionnelle que les professionnels sont tenus d'appliquer, la procédure prévue aux articles L. 145-5-1 et suivants du même code peut notamment être mise en œuvre. Cette procédure permet de soumettre aux juridictions du contrôle technique les « *fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes (...) à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux* ». Aux termes du deuxième alinéa de ce même III de l'article R. 315-1 : « *Le service du contrôle médical exerce ses missions dans les conditions définies par le présent chapitre et par le chapitre 6 du titre VI du livre Ier* », soit les articles R. 166-1 à R. 166-8. L'article R. 315-1-1, en particulier, dispose que : « *Lorsque le service du contrôle médical procède à l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé en application du IV de l'article L. 315-1, il peut se faire communiquer, dans le cadre de cette mission, l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité. / Dans le respect des règles de la déontologie médicale, il peut consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet de soins dispensés par le professionnel concerné au cours de la période couverte par l'analyse. Il peut, en tant que de besoin, entendre et examiner ces patients. Il en informe au préalable le professionnel (...)* ».

6. Il résulte de la combinaison des dispositions législatives et réglementaires citées au point 5 et de celles de l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale que l'exigence d'agrément et d'assermentation prévue par cet article ne s'applique pas aux médecins-conseils pour l'exercice, sur le fondement du IV de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, de leur mission d'analyse de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie. Dès lors, le Dr Z., médecin conseil ayant diligenté le contrôle de son activité n'avait à justifier d'aucun agrément ou d'aucune habilitation autre que celle résultant de sa qualité de médecin-conseil.

En ce qui concerne le non-respect des règles visant à la protection des données à caractère personnel :

7. Il résulte de l'instruction que la plainte se fonde sur une analyse d'activité effectuée au moyen d'un système d'analyse des fichiers dénommé « système informationnel de l'assurance-maladie (SIAM) », autorisé par la délibération de la CNIL n°88-31 du 22 mars 1988 sur le fondement de l'article 25 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, permettant la mise en œuvre de traitements automatisés de données issues des bases de données de l'assurance-maladie, dans

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

le cadre du thème de recherche n°27 (activité d'un praticien ou auxiliaire médical). M. Y. soutient que la procédure suivie est irrégulière faute qu'il soit justifié du respect de cette autorisation et des règles encadrant le traitement automatisé de données à caractère personnel et les échanges d'informations prévues par décret 2015-389 du 3 avril 2015 autorisant les traitements mis en œuvre par les organismes gestionnaires de l'assurance maladie pour l'accomplissement de leurs missions en matière de lutte contre les fautes, abus et fraudes. Plus précisément, le refus de produire l'habilitation du Dr Z. à avoir accès à ces données devrait entraîner la nullité de cette procédure. En outre, il ne serait pas justifié que l'obligation d'information prévue à l'article 5 du décret du 3 avril 2015 a été délivrée, ni que les mesures prévues par les articles 6 et 7 du même décret et l'article 9 de l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives, auquel renvoient ces articles, ont été prises.

8. Aux termes de l'article L. 161-19 du code de la sécurité sociale : « *Dans l'intérêt de la santé publique et en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, les professionnels et les organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie à des assurés sociaux ou à leurs ayants droit communiquent aux organismes d'assurance maladie concernés le numéro de code des actes effectués, des prestations servies à ces assurés sociaux ou à leurs ayants droit (...). Pour assurer l'exécution de leur mission, les caisses nationales mettent en oeuvre un traitement automatisé des données mentionnées à l'alinéa précédent* ». L'article 3 du décret 2015-389 du 3 avril 2015 qui fixe la liste des personnes ayant directement accès aux données des traitements ou pouvant en être destinataires pour l'exercice de leurs missions, prévoit notamment qu' « *Ont accès aux données des traitements mentionnés à l'article 1er pour leur enregistrement et leur gestion et à raison de leurs attributions respectives et dans la limite du besoin d'en connaître, les agents intervenant dans la prise en charge des assurés, individuellement habilités par le directeur de l'organisme d'assurance maladie auquel ils appartiennent* », les agents chargés de contrôles n'ayant pas d'accès direct aux données enregistrées dans le traitement, mais pouvant en demander une extraction en application des II et III du même article et de l'article R.315-1-1 précité du code de la sécurité sociale pour les besoins de leur mission, sans avoir besoin d'une habilitation spéciale ; le V de son article 4 indique que: « *Les informations relatives à l'identification des agents ayant accédé aux données enregistrées dans les traitements (...) ou les ayant modifiées ainsi que les dates, heures et types de ces accès ou modifications sont conservées durant l'année civile au cours de laquelle l'accès ou la modification a eu lieu et les quatre années civiles suivantes* », ceci en cohérence avec la délibération n°88-31 relative au SIAM, qui prévoit que « *toutes garanties doivent être prises pour réserver l'accès sélectif au système à un nombre limité d'agents nommément désignés et habilités* ».

9. En l'espèce, le Dr Z. tenait de sa qualité de médecin-conseil au service du contrôle médical le droit d'obtenir communication des données enregistrées dans le système d'information de l'assurance maladie qui lui étaient nécessaires pour la réalisation du contrôle. A supposer même que l'agent ayant effectué l'extraction des données à sa demande, n'aurait pas disposé de l'habilitation exigée par les dispositions précitées afin d'assurer la confidentialité des données personnelles enregistrées dans cette base de données, cette circonstance serait en tout état de cause sans incidence sur la régularité de la saisine de la section des assurances sociales à laquelle il appartient d'apprécier la valeur probante et la portée des éléments qui lui sont soumis dans le cadre de la procédure juridictionnelle.

10. Il en est de même de la méconnaissance supposée de l'article 5 du même décret 2015-389, aux termes duquel : « *Les personnes auxquelles se rapportent les données des traitements mentionnés à l'article 1er sont informées de l'existence et de la mise en oeuvre d'un traitement les concernant autorisé en application du présent décret, de ses finalités, de l'identité du responsable du traitement, des destinataires des données et des modalités d'exercice des droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 susvisée par*

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

la diffusion d'une information sur les sites internet respectifs des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie », de son article 6 aux termes duquel « Les responsables des traitements prennent les mesures nécessaires pour préserver la sécurité des données tant à l'occasion de leur recueil que de leur consultation, de leur communication ou de leur conservation ainsi que des informations mentionnées au V de l'article 4./Les traitements mis en œuvre dans le cadre du présent décret respectent, lorsqu'ils y sont soumis, le référentiel général de sécurité mentionné à l'article 9 de l'ordonnance du 8 décembre 2005 susvisée. » et de l'article de l'ordonnance du 8 décembre 2005 auquel il renvoie, ainsi que de l'article 7 du même décret aux termes duquel : «(...) le responsable de chacun des traitements de données autorisés sur le fondement du présent décret adresse à la Commission nationale de l'informatique et des libertés, préalablement à sa mise en œuvre, un engagement de conformité aux dispositions du présent décret (...) ». Au demeurant, les mentions légales relatives aux responsables des traitements figurent bien sur le site de l'Assurance maladie, et le requérant ne produit aucun élément de nature à laisser penser que ces dispositions auraient été méconnues.

Sur les griefs :

Sur le grief de facturation d'actes non effectués personnellement :

11. Aux termes de l'article 5 de la première partie de la Nomenclature générale des actes professionnels : « Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses 'Assurance Maladie (...) 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./ Sauf cas expressément prévu par la présente nomenclature, un acte ne peut être noté par le praticien ou auxiliaire médical et donner lieu à remboursement que si, pendant la durée de son exécution, ce praticien ou auxiliaire médical s'est consacré exclusivement au seul malade qui en a été l'objet. ». Contrairement à ce que soutient M. Y., ces dispositions impliquent que les soins soient facturés par la personne qui les a exécutés.

12. Il résulte de l'instruction que 18 séances, concernant 7 patients (dossiers 1 à 7), ont été facturées au nom de M. Y., entre le 4 décembre 2015 et le 17 mai 2016, période au cours de laquelle il était absent pour convenance personnelle, les feuilles de soins étant transmises au moyen de sa propre carte professionnelle de santé, alors qu'elles avaient été réalisées par un autre masseur-kinésithérapeute. Par ailleurs, les plaignants soutiennent que les actes facturés au nom de M. Y. dans les dossiers n° 10, 15, 20, 32, 36, 73, 78, 83, 105, 122, 131, 153, 196, 226, 237, 263, 275, 296, 326, 368, 374, 375, 376 et 397, mentionnés au titre de l'autre grief de la plainte, n'auraient pas été réalisés par lui comme il serait démontré par le fait que ses initiales ne figurent pas dans le carnet de rendez-vous. Si cette circonstance ne suffit pas à établir que les soins n'auraient pas finalement été réalisés par ce professionnel, il résulte toutefois de l'instruction que M. Y. a été en congé de maladie du 26 mars au 31 décembre 2014 et a pris un congé pour convenances personnelles du 1er décembre 2015 au 30 septembre 2016. Les dix soins réalisés au bénéfice du patient n°32 en décembre 2015 et janvier 2016, les quatre soins réalisés au bénéfice du patient n°78 en décembre 2014, le soin réalisé en novembre 2014 pour le patient n°196, les 69 actes réalisés pour le patient n°237 entre avril et décembre 2014, les deux actes réalisés en avril et août 2014 pour le patient n°275, les deux actes réalisés pour le patient n°326 en novembre et décembre 2014, les quatre actes réalisés en octobre et novembre 2014 pour le patient n°374, les six actes réalisés en novembre et décembre 2014 pour le patient n°376, les dix-sept actes réalisés entre octobre et décembre 2014 et en janvier 2016 pour le patient n°397 n'ont pas pu être effectués par celui-ci. Il résulte également de l'instruction que M. Y. a été remplacé pendant ses absences soit par un remplaçant, soit par un des assistants collaborateurs des cabinets dans lesquels il exerce. Si M. Y. fait valoir que ces anomalies sont liées d'une part à l'absence de carte professionnelle de santé pour les remplaçants à l'époque, d'autre part au délai d'obtention de leur propre carte professionnelle par des assistants collaborateurs, et qu'il est facile de retrouver le professionnel qui a effectué les soins grâce au logiciel des cabinets,

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

l'absence de carte professionnelle de santé ne fait pas obstacle à l'utilisation d'autres modalités de facturation faisant apparaître le nom du professionnel qui a pratiqué l'acte. Ces faits supposent que M. Y. a laissé à ses collaborateurs et remplaçants la libre disposition de sa carte professionnelle de santé, ce qui constitue une faute disciplinaire, procédant toutefois plutôt de graves négligences dans l'administration des cabinets que de manœuvres frauduleuses, contrairement à ce que soutiennent les plaignants.

Sur le grief de facturation d'actes non prescrits car réalisés à une date excessivement éloignée de celle de la prescription :

13. Les plaignants reprochent à M. Y. d'avoir, pour 411 patients numérotés 8 à 419, engagé ou poursuivi des soins kinésithérapiques à une date trop éloignée de celle de leur prescription médicale, et donc sans prescription valide. Les données résultant des télétransmissions de celui-ci feraient en effet apparaître un délai moyen de six mois entre le moment où le médecin prescripteur a diagnostiqué la nécessité de dispenser des actes et le moment où ils ont été effectivement réalisés.

14. Aux termes de l'article L 4321-1 du code de la santé publique dans sa version en vigueur à la date de réalisation des actes critiqués : « (...) *Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale (...)* ». En l'absence d'urgence ou de mentions particulières sur les ordonnances nécessaires à la pratique thérapeutique de la masso-kinésithérapie en application de cet article, s'il importe que les prescriptions soient exécutées dans un délai raisonnable, aucun texte n'a fixé de délai au-delà duquel le professionnel ne pourrait donner des soins sur la base d'une ordonnance, même antérieure à six mois. Il appartient toutefois au professionnel sollicité dans un délai exceptionnellement tardif par un patient ou qui n'aurait pas été en mesure de répondre à une demande de soins dans un délai raisonnable, de vérifier, notamment dans le cadre de l'établissement du bilan diagnostic kinésithérapique, qu'à cette date, l'état de santé du patient justifie toujours l'indication du traitement et de demander le cas échéant l'établissement d'une nouvelle prescription. Il en est de même en cas d'interruption importante en cours de traitement.

15. En premier lieu, il résulte du point 12 que, parmi les 411 dossiers mentionnés au point 13, certains doivent être écartés, totalement ou partiellement, car les actes litigieux ont été facturés à une période où M. Y. était absent, et ne peut donc être tenu responsable d'un éventuel défaut de pertinence des soins pratiqués.

16. En deuxième lieu, il résulte de l'instruction que M. Y. a, pendant ses périodes de présence, facturé de nombreux soins en les rattachant à des prescriptions anciennes et n'a fourni des ordonnances renouvelant ces prescriptions qu'à l'issue de son entretien contradictoire du 16 janvier 2017 avec le médecin-conseil responsable de l'analyse de son activité. Si l'intéressé s'est ainsi rendu coupable d'une négligence fautive, il y a bien lieu de prendre en compte les ordonnances les plus récentes figurant au dossier pour déterminer le délai écoulé entre la prescription et la réalisation des actes facturés.

17. En troisième lieu, toutefois, les plaignants soutiennent que certaines des ordonnances produites ne sont pas pertinentes. Compte tenu du fait qu'au sein des cabinets (...), les patients peuvent être suivis par plusieurs kinésithérapeutes, les pièces du dossier ne permettent pas de comprendre les conditions dans lesquelles les soins se sont déroulés et notamment de vérifier les dates auxquelles un bilan diagnostic kinésithérapique a été fait. La question de savoir si le grief tenant à la facturation d'actes non prescrits, car réalisés à une date excessivement éloignée de celle de la prescription, est constitué, ne peut donc être résolue en l'état du dossier.

18. Il résulte de ce qui précède qu'il y a lieu d'ordonner un supplément d'instruction tendant à la production par les plaignants de la liste des actes pour lesquels le grief de facturation sans prescription est maintenu compte tenu des ordonnances produites par M. Y. et des éléments

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

jugés aux points 14 et 15, ainsi que, par M. Y., de tous documents permettant d'apprécier si le maintien de la pertinence du traitement a été vérifiée avant la réalisation de soins à une date très éloignée de leur prescription.

PAR CES MOTIFS,

DECIDE

Article 1^{er} : Avant de statuer sur les conclusions de la requête susvisée du médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical près la Caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault et du directeur de cette caisse, il sera procédé à un supplément d'instruction tendant à la production par chacune des parties des documents mentionnés dans les motifs de la présente décision.

Article 2 : La présente décision sera notifiée à M. Y., au médecin-conseil chef de l'échelon local du service médical de l'Hérault, à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de l'Hérault, 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 Occitanie, au directeur de l'Agence régionale de santé d'Occitanie, 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 à Me Balzarini.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 22 janvier 2020, où siégeaient Mme GUILHEMSANS, Conseillère d'Etat, présidente ; M. GACHET, membre titulaire, et Mme JOUSSE, membre suppléant, désignés par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; Mme le Dr RIO, membre titulaire et M. le Dr HOUSSINOT, membre suppléant, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

LA CONSEILLERE D'ETAT
PRESIDENTE DE LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-
KINESITHERAPEUTES

MARIE-FRANCOISE GUILHEMSANS

LE SECRETAIRE DE LA
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

MANON VOULAND

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.