

GE_GERICHTE ATAS/1040/2014 vom 29. September 2014

GE Cour de justice, 2014-09-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1040_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1040/2014 du 29 septembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1040/2014 del 29 settembre 2014

Regeste

Résumé: Dans le cas d'une maladie orpheline, lorsque les centres universitaires en Suisse sont capables de traiter ces patients, par le biais de différents traitements, l'offre thérapeutique en Suisse doit être considérée comme appropriée, quand bien même les centres universitaires ne disposent pas de l'expérience de l'Institut étranger. Par ailleurs, il n'apparaît nullement que les traitements proposés en Suisse présentaient des risques par rapport à l'alternative de traitement prodigué à l'étranger. Par conséquent, lorsque le principal avantage à se faire traiter à l'étranger consiste à pouvoir bénéficier de la grande expérience dont bénéficie l'Institut étranger, il ne s'agit pas d'une raison médicale pouvant justifier la prise en charge d'un traitement à l'étranger.

Erwägungen

E. 1

La chambre de céans a déjà examiné les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours dans son ordonnance du 30 mai 2013 (ATAS/546/2013), de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici.

E. 2

Selon l'art. 1 al. 1 de la LAMal, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, sont applicables au cas d'espèce.

E. 3

Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à la prise en charge par l'intimée des traitements effectués en Italie pendant la période du 25 juillet 2006 au 6 mai 2009. On rappellera en effet que par sa décision litigieuse, l'intimée s'est prononcée sur le remboursement des factures datées du 25 juillet 2006 au 6 mai 2009 que le recourant lui a adressées le 19 mai 2009.

E. 4

Selon l'art. 34 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévus aux art. 25 al. 2 ou 29 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales (première phrase). Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 OAMal, intitulé "Prestations à l'étranger". Selon l'alinéa 1er de cette disposition, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 de la loi dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse. Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le non-établissement de cette liste ne fait pas obstacle, d'une manière générale et absolue, à la prise en charge de traitements à l'étranger

qui ne peuvent être fournis en Suisse. En effet, la règle légale est suffisamment précise pour être appliquée (ATF 131 V 271 consid. 3.1;

A/78/2011 - 16/23 - ATF 128 V 75). Il convient toutefois de s'assurer d'une part que la prestation - au sens des art. 25 al. 2 et 29 LAMal - répondant aux critères d'adéquation ne puisse réellement pas être fournie en Suisse et d'autre part que les critères d'efficacité et d'économicité soient également pris en compte (ATF 128 V 75 consid. 4). L'efficacité, l'adéquation et l'économicité de traitements fournis en Suisse par des médecins sont présumées (cf. art. 33 al. 1 LAMal a contrario ; ATF 131 V 271 consid. 3.2). Une exception au principe de la territorialité selon l'art. 36 al. 1 OAMal en corrélation avec l'art. 34 al. 2 LAMal n'est admissible que dans deux éventualités du point de vue de la LAMal. Ou bien il n'existe aucune possibilité de traitement de la maladie en Suisse; ou bien il est établi, dans un cas particulier, qu'une mesure thérapeutique en Suisse, par rapport à une alternative de traitement à l'étranger, comporte pour le patient des risques importants et notablement plus élevés. Il s'agira, en règle ordinaire, de traitements qui requièrent une technique hautement spécialisée ou de traitements complexes de maladies rares pour lesquelles, en raison précisément de cette rareté, on ne dispose pas en Suisse d'une expérience diagnostique ou thérapeutique suffisante. En revanche, quand des traitements appropriés sont couramment pratiqués en Suisse et qu'ils correspondent à des protocoles largement reconnus, l'assuré n'a pas droit à la prise en charge d'un traitement à l'étranger en vertu de l'art. 34 al. 2 LAMal. C'est pourquoi les avantages minimes, difficiles à estimer ou encore contestés d'une prestation fournie à l'étranger, ne constituent pas des raisons médicales au sens de cette disposition; il en va de même du fait qu'une clinique à l'étranger dispose d'une plus grande expérience dans le domaine considéré (ATF 134 V 330 consid. 2.3; ATF 131 V 271 consid. 3.2). Une interprétation stricte des raisons médicales doit être de mise. Il convient en effet d'éviter que les patients ne recourent à grande échelle à une forme de "tourisme médical" à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. A cet égard, il ne faut pas perdre de vue que le système de la LAMal est fondé sur le régime des conventions tarifaires avec les établissements hospitaliers. Une partie du financement des hôpitaux repose sur ces conventions (art. 49 LAMal). Ce serait remettre en cause ce financement - et la planification hospitalière qui lui est intrinsèquement liée - que de reconnaître aux assurés le droit de se faire soigner aux frais de l'assurance obligatoire dans un établissement très spécialisé à l'étranger afin d'obtenir les meilleures chances de guérison possibles ou de se faire traiter par les meilleurs spécialistes à l'étranger pour le traitement d'une affection en particulier. A terme, cela pourrait compromettre le maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale en Suisse, essentiel pour la santé publique. C'est une des raisons d'ailleurs pour lesquelles l'assuré n'a pas droit, en l'absence de raisons médicales, au remboursement d'un montant équivalent aux frais qui auraient été occasionnés si le traitement avait eu lieu en Suisse. En ce sens l'assuré ne peut pas se prévaloir du droit à la substitution de la prestation (ATF 134 V 330 consid. 2.4; ATF 131 V 271 consid. 3.2 et les références ; ATF 126 V 332 consid. 1b).

A/78/2011 - 17/23 - Il a été jugé qu'un assuré n'avait pas droit à la prise en charge d'une reconstruction par microchirurgie au moyen du tissu osseux de l'omoplate effectuée aux Etats-Unis quand bien même les médecins à Genève, à Fribourg et à Lausanne avaient refusé de la pratiquer au vu des comorbidités présentées. Le Tribunal fédéral a estimé que l'assuré aurait dû, avant de suivre les conseils de son médecin traitant de se rendre aux Etats-Unis, étendre ses recherches aux grands centres hospitaliers de Suisse alémanique, où

l'intervention était possible (arrêt du Tribunal fédéral 9C_11/2007 du 4 mars 2008). La Haute cour est également parvenue à une solution similaire s'agissant d'une opération effectuée en Italie sur une patiente atteinte d'un carcinome du sein, et cela quand bien même ladite intervention, non effectuable en Suisse, permettait d'éviter de nombreuses séances de radiothérapie postopératoires durant six semaines, supprimait le risque de brûlures et réduisait notablement les altérations de la structure cutanée, en plus de garantir un certain confort et un gain de temps (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.1/06 du 26 février 2007). Le Tribunal fédéral des assurances a également confirmé le refus de prise en charge d'un traitement à l'étranger d'une tumeur par radiothérapie intra-opératoire, au motif que bien que cette méthode diminuait dans certaines circonstances le risque local de récurrence et qu'elle n'avait pas été introduite aux HUG essentiellement pour des raisons logistiques et financières, l'on ne pouvait admettre que le traitement en Suisse – dont le caractère approprié n'était pas discutable – comportait des risques notablement plus élevés que le traitement litigieux. Ainsi, le fait que la radiothérapie intra-opératoire soit un élément positif supplémentaire dans le traitement considéré dans son ensemble n'a pas été jugé suffisant au regard de la jurisprudence pour justifier sa prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.78/05 du 19 août 2005). De même, dans le cas d'une opération de décompression de l'orbite effectuée en Allemagne, il a été jugé que même si l'intervention en cause était moins invasive comparée aux méthodes opératoires en Suisse, et donnait par ailleurs lieu à moins de complications ultérieures, celle-ci ne pouvait toutefois pas être prise en charge, malgré les indiscutables et importants avantages pour le patient (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K.39/01 du 14 octobre 2002).

E. 5

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

A/78/2011 - 18/23 - exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des

contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). Par ailleurs, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b ; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

E. 6

En l'occurrence, l'intimée est d'avis que le recourant aurait pu être traité en Suisse, ce que conteste ce dernier. Il n'est pas contestable, ni contesté par les parties, que le recourant souffre d'une maladie orpheline, soit un carcinome endocrine du pancréas de bas grade bien différencié métastatique au foie avec une récurrence dans la loge pancréatique.

A/78/2011 - 19/23 - Dans le cadre de la présente procédure, une expertise a été mise en œuvre auprès du Prof. K_____, spécialiste FMH en oncologie médicale. Par rapport du 20 février 2014, l'expert a expliqué, s'agissant de l'existence d'une possibilité de traitement de cette maladie pendant la période litigieuse, soit entre 2006 et 2009, qu'il n'y avait pas de centre spécialisé en Suisse. Toutefois, les patients souffrant de cette maladie étaient traités dans les centres universitaires par des équipes de spécialistes du traitement des tumeurs gastro-intestinales, notamment pancréatiques. Il a expliqué que les traitements généralement proposés aux personnes présentant cette maladie étaient la chirurgie avec la résection des métastases, la transplantation hépatique (rarement utilisée), la résection par voie radiologique sous forme de traitement de radiofréquence, le traitement intra-hépatique par embolisation, radio-embolisation, chimio-embolisation ou par chimiothérapie intra-hépatique seule, la radiothérapie métabolique, les médicaments comme les analogues de la somatostatine, différents agents chimiothérapeutiques par voie intraveineuse. L'expert a ajouté que tous ces traitements, et en particulier la chimio-embolisation, l'embolisation intra-hépatique seule et la radiothérapie métabolique, pouvaient être faits en Suisse. S'agissant de savoir si les traitements en Suisse comportaient des risques, l'expert a indiqué qu'au vu des compétences aux HUG ou ailleurs en Suisse, il ne pouvait affirmer que la toxicité aux thérapies proposées aurait été plus en grande en Suisse qu'en Italie. Il était ainsi difficile d'opposer la qualité des traitements faits en Suisse et ceux faits en Italie. Il était toutefois certain que l'équipe italienne avait beaucoup, voire plus d'expérience que l'équipe

des HUG. Le principal avantage de la prise en charge en Italie, combinée avec une prise en charge en Suisse, avait été pour le recourant d'avoir eu accès à la grande expérience de l'équipe à Milan, qui est reconnue comme un des groupes experts en Europe. La chambre de céans constate que rapport du Prof. K_____ se base notamment sur son dossier médical complet. L'anamnèse est détaillée et les réponses aux questions posées sont cohérentes et convaincantes. Il s'ensuit que ce rapport remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit accordée une pleine valeur probante, ce que les parties ne contestent au demeurant pas. La chambre de céans relèvera que l'on peut déduire des explications données par l'expert, qu'il n'existait pas de raison médicale impérieuse pour que le recourant se fasse traiter en Italie. Même s'il s'agit d'une maladie orpheline, il apparaît en effet que les centres universitaires en Suisse étaient capables de traiter ces patients, par le biais de différents traitements – et en particulier la chimio-embolisation, l'embolisation seule et la radiothérapie métabolique - de sorte que l'offre thérapeutique en Suisse entre 2006 et 2009 doit être considérée comme appropriée, quand bien même les centres universitaires ne disposaient certes pas de l'expérience de l'Institut à Milan. Qui plus est, il est avéré que le critère de l'existence de risques importants et notablement plus élevés dans les traitements proposés en Suisse, n'était pas non plus réalisé. Il n'apparaît en effet nullement que les traitements proposés en Suisse présentaient des risques par rapport à l'alternative de traitement

A/78/2011 - 20/23 - prodigué en Italie. En définitive, le principal avantage à se faire traiter en Italie était de pouvoir bénéficier de la grande expérience dont bénéficiait l'Institut à Milan. Or, cet élément ne constitue pas une raison médicale pouvant justifier un traitement à l'étranger. Le recourant fait valoir que la chimio-embolisation à base d'abraxane avec embolisation et traitement systémique de bevacizumab effectués en Italie n'étaient pas disponibles en Suisse. La chambre de céans constate que l'expert judiciaire a effectivement indiqué que l'abraxane n'était pas disponible en Suisse. Cela étant, il a indiqué à plusieurs reprises que le recourant aurait toutefois pu recevoir en Suisse un autre type de chimio-embolisation avec une chimiothérapie différente (réponse à la question IX, page 5 du rapport d'expertise), étant encore relevé que le traitement prodigué à base d'abraxane a été peu efficace et n'a pas permis la régression de la maladie. On ajoutera que l'expert a également expliqué que les traitements d'embolisation seule étaient disponibles en tout cas à Lausanne (réponse à la question IX, page 5 du rapport d'expertise) et que les traitements par radiothérapie métabolique de type dotatate se faisaient déjà en 2006 à l'Hôpital cantonal de Bâle avec l'utilisation de produits similaires mais pas identiques (réponse à la question XI, 2ème paragraphe, page 6 du rapport d'expertise). Le recourant fait encore valoir qu'en se faisant traiter à Milan, il n'avait fait que suivre les conseils de ces médecins à New-York et à Genève. Or, comme l'a relevé le Tribunal fédéral, il appartient à un assuré d'obtenir des informations auprès de plusieurs centres universitaires en Suisse sur les possibilités de traitements disponibles (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_11/2007 du 4 mars 2008). Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que non seulement une offre thérapeutique de la maladie existait en Suisse entre juillet 2006 et mai 2009, laquelle devait être considérée comme appropriée, mais de plus ces traitements ne comportaient aucun risque particulier, par rapport aux traitements effectués en Italie. L'instruction a ainsi permis d'établir qu'il aurait été loisible au recourant de suivre un traitement en Suisse, étant rappelé que seules de graves carences dans l'offre de soins en Suisse peuvent justifier de déroger au principe de territorialité. L'avantage lié au traitement médical dispensé en Italie, à savoir qu'il était prodigué par des experts, ne justifie pas de le mettre à la charge de l'intimée. Un traitement

étant possible en Suisse, la question de savoir si les traitements pratiqués en Italie peuvent être qualifiés de prestations efficaces, appropriées et économiques, dans le cas concret, peut être laissée ouverte. Enfin, en l'absence de raisons médicales justifiant le traitement effectué en Italie, le recourant n'a pas droit au remboursement d'un montant équivalent aux frais qui auraient été occasionnés si le traitement avait eu lieu en Suisse. Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'instruction complémentaire requise par l'intimée, étant au demeurant relevé que l'intervention effectuée aux Etats-Unis ne fait pas l'objet de la présente procédure.

A/78/2011 - 21/23 - Force est dès lors de constater que c'est à tort que l'intimée a accepté de prendre en charge le traitement effectué en Italie.

E. 7

Selon l'art. 61 let. d LPGA, le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties ; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé ; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. En l'occurrence, étant donné que l'intimée a accepté à tort de prendre en charge le traitement effectué en Italie, la chambre de céans pourrait, en principe, réformer la décision attaquée au détriment du recourant, après l'avoir averti et lui avoir donné la possibilité de s'exprimer. Mais il s'agit d'une faculté (ATF 119 V 241 consid. 5), dont il n'y a pas lieu de faire usage en l'espèce, au vu des circonstances particulières du cas, à savoir le caractère orphelin de la maladie et l'accord donné depuis le 22 mai 2009 par l'intimé à la prise en charge du traitement de cette maladie.

E. 8

Par conséquent, le recours, mal fondé, sera rejeté.

E. 9

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

E. 10

Sous réserve des exigences définies à l'art. 61 let. a à i LPGA, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est régie par le droit cantonal et les principes généraux de procédure. Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure doit, sous réserve de l'art. 69 al. 1 bis LAI, être gratuite pour les parties; des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (ATF 127 V 196; voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_620/2007 du 25 avril 2008 consid. 5). Récemment, le Tribunal fédéral a indiqué que les frais qui découlent de la mise en oeuvre d'une expertise médicale judiciaire mono-, bi- ou pluridisciplinaire peuvent le cas échéant être mis à la charge d'un assureur social. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un ou plusieurs experts ou à un centre d'expertise parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en oeuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Le Tribunal fédéral a précisé par la suite que cette règle ne

doit pas entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts

A/78/2011 - 22/23 - de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en oeuvre une expertise judiciaire (ATF 139 V 496 consid. 4). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier (ATF 135 V 465 consid. 4.4; voir également ATF 139 V 225 consid. 4 et arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2), lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (ATF 125 V 351 consid. 3a). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4; arrêt 9C_315/2014 du 9 juillet 2014 consid. 3.1). En l'occurrence, au moment de rendre ses décisions des 24 août et 28 décembre 2010, l'intimée avait en sa possession les rapports du Dr D_____ des 31 janvier et 3 mai 2007, du Dr B_____ du 25 novembre 2008 et du Dr I_____ des 3 décembre 2008 et 27 avril 2009. Si ces médecins font état notamment de la difficulté du traitement de la maladie orpheline dont souffre le recourant, des compétences de l'Institut de Milan comme centre de référence, de la commercialisation en Suisse des médicaments utilisés à Milan ou de l'inexistence en Suisse de la méthode de traitement effectuée à Milan, aucun ne se prononce sur la question – pourtant déterminante - de savoir si un traitement approprié de la maladie présentée par le recourant existait en Suisse. En omettant d'instruire cette question, force est de constater que l'intimée a rendu sa décision litigieuse sur la base d'un dossier lacunaire, contraignant ainsi la chambre de céans à devoir effectuer elle-même cet examen.

E. 11

Dès lors, il sied de mettre à la charge de l'intimée l'intégralité des frais d'expertise, soit un total de CHF 5'250.-.

E. 12

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

A/78/2011 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.