

## **GE\_GERICHTE ATAS/1447/2012 vom 30. November 2012**

GE Cour de justice, 2012-11-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1447\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1447_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1447/2012 du 30 novembre 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1447/2012 del 30 novembre 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

A/943/2011 - 13/21 - Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

#### **E. 3**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

#### **E. 4**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

#### **E. 5**

Le litige porte sur le droit du recourant au maintien de sa rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si son état de santé s'est amélioré au point de lui permettre de reprendre une activité professionnelle et d'influencer son droit aux prestations.

#### **E. 6**

On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation

A/943/2011 - 14/21 - (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b). L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors

d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

A/943/2011 - 15/21 - Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité.

#### **E. 7**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

#### **E. 8**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche

A/943/2011 - 16/21 - du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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 LPGA), 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 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

### **E. 9**

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

### **E. 10**

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur

A/943/2011 - 17/21 - probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

### **E. 11**

En l'espèce, il convient de déterminer si les circonstances - en particulier la capacité de travail du recourant - se sont modifiées dans une mesure notable depuis la décision du 1er octobre 2004. a) L'octroi d'une rente entière à l'assuré reposait sur le constat qu'il souffrait de douleurs du dos et du rachis et, depuis 2004, d'une perte de sensibilité dans les jambes. b) A l'issue de la révision initiée en 2009, suite à une dénonciation, l'intimé a conclu que le

recourant avait recouvré une pleine capacité de travail, en relevant que l'intéressé avait été observé durant plusieurs jours en train de travailler dans un garage, en qualité de vendeur de voitures, ce que l'assuré a contesté en alléguant n'avoir fait que rendre de menus services à un ami patron de garage, sans être rémunéré. À l'appui de ses dires, le recourant a produit de nombreux certificats de ses médecins traitants attestant qu'il n'était pas en mesure de reprendre le travail. c) Figurent ainsi au dossier, une expertise du Dr S \_\_\_\_\_ ainsi que les rapports et déclarations des Drs R \_\_\_\_\_, T \_\_\_\_\_, P \_\_\_\_\_ et O \_\_\_\_\_. En substance, les médecins traitants du recourant, à l'exception du Prof. T \_\_\_\_\_, ont attesté de son incapacité de travail. Ils ont posé les diagnostics de syndrome lombaire, hernie discale et périarthrite scapulo-humérale gauche. Au titre des limitations fonctionnelles, ils ont relevé que le recourant devait alterner fréquemment les positions et qu'il ne pouvait se pencher, lever le bras gauche au-dessus de sa tête, s'accroupir, se mettre à genoux, porter des charges de plus de 3 ou 4 kg, monter sur une échelle ou un échafaudage ou encore gravir régulièrement des escaliers. Ils ont fait état de douleurs aiguës chez le recourant, l'obligeant parfois à rester immobilisé pendant plusieurs jours, ce qu'ils ont jugé incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle, même adaptée et à un taux réduit. Ils ont expliqué que,

A/943/2011 - 18/21 - certes, les douleurs étaient subjectives, mais que les IRM avaient toutefois permis d'objectiver les dégénérescences au niveau de la jonction des vertèbres lombaires et dorsales. En raison de l'importante fluctuation des douleurs et les absences répétées qu'elles impliqueraient, les médecins ont estimé qu'aucun employeur ne confierait du travail au recourant, dans le marché actuel de l'emploi. Lors de son audition par la Cour de céans, le Prof. T \_\_\_\_\_ a toutefois précisé, s'agissant de la capacité de travail résiduelle du recourant, qu'une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant ni position statique ni port de charges, pouvait être exigée, sans pouvoir en préciser le taux. Le Dr O \_\_\_\_\_ a quant à lui indiqué qu'il n'était pas en mesure de répondre à la question de savoir si son patient pouvait reprendre une activité adaptée et à quel taux, étant considéré qu'il ne voyait le recourant qu'en cas de crise aiguë, soit lorsqu'il était totalement incapable de travailler. Dans son expertise, le Dr S \_\_\_\_\_ a retenu les mêmes diagnostics que les médecins traitants du recourant, c'est-à-dire des lombosciatalgies droites non déficitaires, une hernie discale foraminale gauche et une hernie discale ostéophyttaire L5-S1 accompagnées d'un remaniement fibreux engainant la racine S1 droite, un status après discotomie et foraminectomie- hémilaminectomie L5-S1 ainsi qu'un conflit sous-acromial de l'épaule gauche suite à une luxation. Il a relevé qu'à l'examen clinique, le recourant décrivait de fortes crampes qui n'avaient pas été objectivées. Il marchait également en boitant de la jambe droite et avait de la peine à monter les escaliers, alors même qu'en l'absence d'observateur, il cessait de boiter. S'agissant de la capacité résiduelle de travail du recourant, l'expert a reconnu que les atteintes constatées sur les documents radiologiques pouvaient entraîner des douleurs lombaires avec irradiation dans le membre inférieur droit, à l'effort et au port de charges de plus de 10 kg. Les mouvements répétés de flexion du rachis, de même que la position debout plus de 60 minutes et les travaux en position statique plus de 60 minutes n'étaient pas envisageables. À ces restrictions d'emploi s'ajoutait l'impossibilité d'effectuer des travaux nécessitant de lever le membre supérieur gauche à plus de 90° et de soulever des charges au-dessus de l'horizontale. Par contre, le Dr S \_\_\_\_\_ a estimé que dans une activité adaptée, comme vendeur de voitures, la capacité de travail du recourant était entière, sans diminution de rendement.

## E. 12

Le recourant conteste la valeur probante de cette expertise. Il estime que l'expert a sans nul doute été influencé par les rapports d'observation indiquant qu'il avait travaillé dans un garage. Dans cette mesure, le recourant estime qu'il se justifie de se rallier aux conclusions de ses médecins traitants attestant de son incapacité de travail ou de mettre en œuvre une nouvelle expertise qui ne tiendrait pas compte desdits rapports. Il précise que si son état de santé le lui

A/943/2011 - 19/21 - permettait, il reprendrait une activité professionnelle. Il relève que ses douleurs l'empêchent toutefois d'assumer un emploi, même à temps partiel. De son côté, l'intimé répond que l'expertise a été rendue conformément aux prescriptions légales en la matière, de sorte que pleine valeur probante doit lui être reconnue. S'agissant de la prise en compte des rapports d'enquête, l'intimé estime que l'expert doit prendre connaissance de l'intégralité du dossier d'un patient pour pouvoir rendre ses conclusions. Cet élément ne justifie dès lors pas de remettre en cause l'expertise et d'en diligenter une nouvelle.

## E. 13

De l'avis de la Cour, l'expertise du Dr S\_\_\_\_\_ a été établie en pleine connaissance du dossier, sur la base d'exams complets et des IRM réalisées en 2009 et 2010. Les plaintes de l'expertisé y sont reprises en détail, de même que son histoire médicale et socioprofessionnelle. L'expert relève, s'agissant des plaintes du recourant, qu'elles ne sont pas objectivées à l'examen clinique. Les conclusions sont complètes, bien motivées et claires; pour les compléter, l'expert a d'ailleurs demandé un avis complémentaire en neurologie. Les limitations fonctionnelles sont décrites de façon précise et rejoignent celles retenues par les médecins traitants du recourant. Il en va de même pour les diagnostics. Certes, les médecins traitants estiment que le recourant n'est pas en mesure de reprendre une activité professionnelle, même adaptée, en raison des douleurs qui l'obligent parfois à rester au lit des journées entières. Les différents médecins ne posent pourtant pas de diagnostics ni ne décrivent de limitations fonctionnelles qui iraient au-delà de ceux retenus par l'expert. Il apparaît ainsi que les médecins traitants se sont livrés à une appréciation différente du cas, plus favorable à leur patient que celle de l'expert, sans apporter pour autant d'éléments objectifs de nature à remettre en cause la valeur probante de l'expertise du 26 octobre 2010. La Cour relèvera encore que le Prof. T\_\_\_\_\_ et le Dr O\_\_\_\_\_ n'ont d'ailleurs pas écarté la possibilité d'une reprise d'activité par le recourant. Tout au plus le Dr O\_\_\_\_\_ s'est-il contenté de dire qu'il ne pouvait pas déterminer si son patient était à même de reprendre le travail, motif pris qu'il le voyait essentiellement lorsqu'il était en situation de crise, soit en l'occurrence en 2001, 2003, 2006, 2009, deux fois en 2010 et une fois en 2011. La Cour notera à cet égard la rareté des consultations pour cause de crise aiguë, de sorte que la conclusion de l'expert relative à une pleine capacité de travail est encore renforcée. Il semble en effet que, le plus souvent, la prise d'anti-inflammatoires soit suffisante pour réduire les douleurs, sans qu'il soit nécessaire de procéder à des séances d'infiltrations. Il sied enfin de noter que le Prof. T\_\_\_\_\_, tout comme le Dr S\_\_\_\_\_, a lui aussi estimé qu'une reprise d'activité était

A/943/2011 - 20/21 - envisageable et ce, malgré les douleurs engendrées par la pathologie du recourant. S'agissant enfin du rapport d'observation que le Dr S\_\_\_\_\_ a cité dans son expertise, la Cour rappellera que l'expert doit tenir compte de l'intégralité du dossier, pour rendre ses conclusions. Dans le cas présent, il ressort clairement de l'analyse de l'expert que, s'il a cité les rapports d'observation, ses conclusions sont avant tout basées sur

ses constatations médicales, qu'il a d'ailleurs complétées par un examen neurologique. Il n'y a dès lors pas d'élément qui permette de conclure que l'analyse du Dr S\_\_\_\_\_ aurait manqué d'objectivité et qu'il se serait uniquement fié au rapport d'observation litigieux. L'expertise du 26 octobre 2010 répond dès lors à tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante et il ne se justifie pas de mettre en œuvre une nouvelle expertise, d'autant qu'ainsi que cela a été dit, ni les diagnostics ni les limitations fonctionnelles ne sont contestés. Il apparaît ainsi que les circonstances du cas d'espèce et en particulier la capacité de travail du recourant se sont modifiées dans une mesure notable puisqu'il peut, au plus tard depuis le 11 mai 2009, travailler à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par l'expert et ses médecins traitants. Conformément à l'expert toujours, il apparaît d'ailleurs que l'activité de vendeur de voitures est tout-à-fait envisageable dans le cas du recourant, dans la mesure où elle n'implique pas le port de charges excessives et permet l'alternance des positions. Le fait que le recourant allègue souffrir de douleurs aiguës et de violentes crampes n'y vient rien changer. En effet, si la Cour ne remet pas en doute les allégations du recourant quant à ses douleurs, aucun élément au dossier ne permet de déterminer qu'elles l'auraient empêché de se rendre dans le garage de son ami et d'y travailler. La Cour relèvera une fois de plus que ce n'est que rarement que le recourant a consulté le Dr O\_\_\_\_\_ au cours des dernières années. Dans cette mesure, force est de constater qu'il dispose d'une pleine capacité de travail dans l'activité évoquée ou dans toute autre qui respecte les limitations décrites. L'intimé était dès lors fondé à mettre un terme au versement des prestations en faveur du recourant.

#### **E. 14**

S'agissant enfin d'une éventuelle violation de son droit d'être entendu, la Cour de céans relèvera que cette question a d'ores et déjà été tranchée par la négative par le TCAS, dans son arrêt du 14 octobre 2010. Il n'y a dès lors pas lieu de se pencher plus avant sur cette problématique.

#### **E. 15**

Eu égard à ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.

A/943/2011 - 21/21 -

#### **E. 16**

Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

**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.