

## **GE\_GERICHTE ATAS/355/2011 vom 5. April 2011**

GE Cour de justice, 2011-04-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_355\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_355_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/355/2011 du 5 avril 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/355/2011 del 5 aprile 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 17**

Dans sa duplique du 14 juin 2010, l'OAI a persisté dans ses conclusions.

A/756/2010 - 7/16 -

#### **E. 18**

Par courrier non daté, reçu par le TCAS le 30 novembre 2010, la Dresse Mc A \_\_\_\_\_ a transmis les documents suivants concernant son ancienne patiente : – le rapport établi le 1er décembre 2008 par la Dresse E \_\_\_\_\_ - B \_\_\_\_\_ à l'issue de la consultation neuropédiatrique du 27 novembre 2008, dont il ressortait que l'enfant, alors en échec scolaire, rencontrait des difficultés d'apprentissage et une symptomatologie évocatrice d'un trouble déficit d'attention sans hyperactivité, avec un manque d'estime de soi, de persévération et d'affirmation, l'empêchant de s'investir de manière optimale dans les apprentissages, ainsi que des difficultés logico-mathématiques. – le rapport d'examen psychologique établi le 20 avril 2009 par Mme S \_\_\_\_\_ psychologue FSP, spécialiste en neuropsychologie. Selon cette psychologue, les difficultés attentionnelles observées dans tous les contextes de la vie de l'enfant n'étaient que très partiellement confirmées par les tests, lesquels avaient davantage révélé une grande hétérogénéité du niveau de performance, dont l'origine était difficile à déterminer. Si des fluctuations de la concentration en lien avec une faiblesse des capacités de recrutement des ressources attentionnelles, partiellement normalisées sous l'effet de la Ritaline, pouvaient en être la cause, il paraissait peu vraisemblable que celles-ci expliquent à elles seules l'irrégularité des rendements de l'enfant aux tests. D'autres facteurs de nature psycho-émotionnelle, comme le manque de confiance en soi, pouvaient également jouer un rôle dans les difficultés d'apprentissage et dans l'incapacité de l'enfant à exploiter ses potentialités intellectuelles et ses connaissances acquises. Le maintien du traitement psychostimulant, dont le bénéfice était sensible à l'école et dans le contexte de l'examen, ainsi que le traitement psychothérapeutique devaient être poursuivis.

#### **E. 19**

Par courrier du 3 décembre 2010, l'appelée en cause, sous la plume de son père, a transmis un tirage du bilan final établi le 5 juillet 2010 suite aux séances à l'Atelier d'apprentissage de l'Université de Genève. Elle a relevé que bien que ce bilan confirmait ses difficultés, ses parents avaient décidé de ne pas poursuivre les séances ne pouvant plus les assumer financièrement. Selon ce bilan, il apparaissait que, malgré les progrès relevés dans les tâches non scolaires, l'utilisation de stratégies dans des exercices scolaires restait encore dépendante de l'aide d'un médiateur. De plus, elle se heurtait à d'autres difficultés, telles que la non inscription des épreuves dans le carnet de devoirs, alors même qu'elle en comprenait l'importance pour ses résultats scolaires. Il lui était également difficile de

maintenir la précision, notamment dans l'exécution d'une tâche, de manière soutenue jusqu'au bout. Aussi, les responsables de cet atelier d'apprentissage l'encourageaient à continuer le travail appris lors des séances.

#### **E. 20**

La recourante a persisté dans ses conclusions par courrier du 14 décembre 2010.

A/756/2010 - 8/16 -

#### **E. 21**

De son côté, l'intimé a maintenu ses conclusions par courrier du 20 décembre 2010, considérant que les conditions des ch. 404 OIC et 404.5 CMRM n'étaient par remplies comme cela ressortait de l'avis du SMR.

#### **E. 22**

novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Cour de justice, Chambre des assurances sociales, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2). 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 345 consid. 3). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, sont régies par le même principe et sont donc applicables. 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision date du 1er février 2010 et a été reçue le 8 février 2010 par la recourante de sorte que le recours du 3 mars 2010 a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA. 4. Le litige porte sur le droit de l'enfant à la prise en charge par l'OAI des séances de psychothérapie et du traitement de méthylphénidate.

A/756/2010 - 9/16 - 5. Conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Au nombre des mesures de réadaptation envisageables, figurent notamment les mesures médicales, les mesures d'ordre professionnel et la remise de moyens auxiliaires. 6. a) Aux termes de l'art. 13 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2003, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus. Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale

toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. L'art. 13 al. 2 LAI précise que le Conseil fédéral établira une liste des infirmités congénitales pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes. La liste des infirmités congénitales prévue par cette disposition fait l'objet d'une ordonnance spéciale (art. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Selon cette ordonnance, sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant (art. 1 al. 1 1ère phrase de l'Ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985 - OIC) et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2 1ère phrase OIC). Le Département fédéral de l'intérieur peut également qualifier d'infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités congénitales évidentes qui ne figurent pas dans cette liste (art 1 al. 2 2ème phrase OIC). b) Le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC qualifie d'infirmité congénitale les troubles cérébraux congénitaux ayant pour conséquence prépondérante des symptômes psychiques et cognitifs chez les sujets d'intelligence normale, lorsqu'il ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année (syndrome psycho-organique, psycho-syndrome dû à une lésion diffuse ou localisée du cerveau et syndrome psycho-organique congénital infantile). Selon la pratique administrative, plusieurs symptômes - troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, troubles des pulsions, troubles perceptifs et cognitifs, troubles de la concentration et troubles de la faculté d'attention - doivent être réunis avant l'âge de neuf ans pour qu'une infirmité congénitale au sens du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC soit retenue. Ils ne doivent pas nécessairement apparaître simultanément, mais peuvent, selon les circonstances, survenir les uns après les autres (cf. ch. 404.5 CMRM valable depuis le 1er janvier 2005; ATF 122 V 113 consid. 2f). Le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC et la pratique administrative concernant cette disposition sont conformes à la loi (ATF 122 V 113 consid. 1b). De plus, les

A/756/2010 - 10/16 - exigences que pose ce chiffre n'équivalent pas à une réglementation prévoyant des preuves; elle représentent seulement les conditions du droit, si bien que le droit à des prestations doit être nié même si un seul de ces critères fait défaut (RCC 1984 p. 36 consid. 1). Une délimitation entre troubles cérébraux de nature prénatale et périnatale et troubles susceptibles de se manifester ultérieurement s'impose. Il s'ensuit que le législateur se situe encore en deçà des limites de son pouvoir d'appréciation normatif en introduisant un symptôme médical dans l'OIC (ATF 122 V 113 consid. 3a/cc). c) Sont réputées mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate (art. 2 al. 3 OIC). Une méthode de traitement est considérée comme éprouvée par la science médicale, c'est-à-dire réputée scientifiquement reconnue, si elle est largement admise par les chercheurs et les praticiens. L'élément décisif à cet égard réside dans le résultat des expériences et dans le succès d'une thérapie déterminée (ATF 123 V 58 consid. 2b/aa et les références). Cette notion, valable dans le domaine de l'assurance-maladie sociale - sous l'empire de la LAMA et, pour l'essentiel, de la LAMal (cf. ATF 125 V 28 consid. 5a et ATF 123 V 61 consid. 2c) -, s'applique également aux mesures médicales de l'assurance-invalidité. Il s'ensuit qu'un traitement n'étant pas à charge de l'assurance obligatoire de soins en cas de maladie, faute de caractère scientifiquement reconnu, ne peut en principe pas davantage être alloué dans le cadre des art. 12 et 13 LAI (ATF 123 V 60 consid. 2b/cc et les références; ATFA non publié I 270/04 du 22 février 2005, consid. 3.1). 7. En l'espèce, la Dresse A\_\_\_\_\_ a indiqué que

l'enfant ne présentait ni troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, ni troubles des pulsions ou encore des troubles de la perception (troubles perceptifs et cognitifs). Ainsi, plusieurs troubles, dont la présence à tout le moins successive avant l'âge de 9 ans est nécessaire, font défaut. En outre, il apparaît que le trouble de déficit de l'attention a été diagnostiqué en 2008, alors que l'enfant était âgée de 10 ans déjà. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a nié le droit de l'enfant à la prise en charge du traitement litigieux au regard de l'art. 13 LAI, faute de diagnostic posé avant l'âge de 9 ans et vu l'absence de plusieurs des critères cumulatifs prévus par la directive. 8. Reste à examiner si l'intimé devait allouer à l'enfant les mesures médicales requises en application de l'art. 12 LAI. a) Aux termes de l'art. 12 LAI, l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation professionnelle ou à sa

A/756/2010 - 11/16 - réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable (al. 1er). Le Conseil fédéral est autorisé à délimiter les mesures prévues à l'alinéa 1 par rapport à celles qui relèvent du traitement de l'affection comme telle. Il a fait usage de cette compétence en édictant l'art. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI). Selon l'art. 2 al. 1 RAI, sont considérées comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les actes chirurgicaux, physiothérapeutiques et psychothérapeutiques qui visent à supprimer ou à atténuer les séquelles d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident – caractérisées par une diminution de la mobilité du corps, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact – pour améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels ou préserver cette capacité d'une diminution notable. Les mesures doivent être considérées comme indiquées dans l'état actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate. Si un acte médical réalise les conditions matérielles de l'art. 2 al. 1 RAI - ainsi par exemple, s'il s'agit d'un acte chirurgical, physiothérapeutique ou psychothérapeutique -, cela ne signifie pas encore qu'il soit reconnu comme une mesure médicale. En effet, c'est le but de l'acte médical qui est déterminant. Il faut donc déterminer si ledit acte médical vise le traitement d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'une blessure ou s'il porte sur l'entrave à la mobilité du corps, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact en résultant, afin d'améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels ou préserver cette capacité d'une diminution notable (MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 2010, p. 128). S'agissant plus particulièrement de la psychothérapie, il peut s'agir d'un traitement de l'affection en tant que telle ou d'une mesure médicale (RCC 1990 p. 539 ; voir également MEYER, op.cit., p. 129). L'art. 12 LAI vise notamment à tracer une limite entre le champ d'application de l'assurance-invalidité et celui de l'assurance-maladie et accidents. Cette délimitation repose sur le principe que le traitement d'une maladie ou d'une lésion, sans égard à la durée de l'affection, ressortit en premier lieu au domaine de l'assurance-maladie et accidents (ATF 104 V 81 consid. 1, 102 V 41 consid. 1 ; RCC 1981 p. 519 consid. 3a). b) La loi désigne sous le nom de « traitement de l'affection comme telle » les mesures médicales que l'assurance-invalidité ne doit pas prendre en charge. Aussi longtemps qu'il existe un phénomène pathologique labile et qu'on applique des

A/756/2010 - 12/16 - soins médicaux, qu'ils soient de nature causale ou symptomatique, qu'ils visent l'affection originaire ou ses conséquences, ces soins représentent, du point de vue du droit des assurances sociales, le traitement de l'affection comme telle. La jurisprudence a de tout temps, en principe, assimilé à un phénomène pathologique labile toutes les atteintes à la santé non stabilisées qui ont valeur de maladie. Ainsi, les soins qui ont pour objet de guérir ou de soulager un phénomène de nature pathologique labile ou ayant d'une autre manière valeur de maladie, ne ressortissent pas à l'assurance-invalidité. En règle générale, l'assurance-invalidité ne prend en charge que des mesures qui sont propres à éliminer ou à corriger des états stables défectueux ou des pertes de fonction, pour autant qu'on puisse en attendre une amélioration durable et importante au sens de l'art. 12 al. 1 LAI. En revanche, l'assurance-invalidité n'a pas à prendre en charge une mesure destinée au traitement de l'affection comme telle, même si l'on peut prévoir qu'elle améliorera de manière importante la réadaptation. Dans le cadre de l'art. 12 LAI, le succès de la réadaptation ne constitue pas, en lui-même, un critère décisif car, pratiquement, toute mesure qui réussit du point de vue médical a simultanément des effets bénéfiques sur la vie active (ATF 120 V 279 consid. 3a, 115 V 194 consid. 3, 112 V 349 consid. 2, 105 V 19 et 149, 104 V 82, 102 V 42). c) Les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle (art. 8 al. 2 LPGa). Lorsqu'il s'agit de mineurs, la jurisprudence a précisé que des mesures médicales pouvaient déjà être utiles de manière prédominante à la réadaptation professionnelle et, malgré le caractère encore provisoirement labile de l'affection, pouvaient être prises en charge par l'AI si, sans ces mesures, la guérison serait accompagnée de séquelles ou s'il en résulterait un état défectueux stable d'une autre manière, ce qui nuirait à la formation professionnelle, diminuerait la capacité de gain ou aurait ces deux effets en même temps (VSI 2000 p 65 ; ATF 105 V 19). Pour les jeunes assurés, une mesure médicale permet d'atteindre une amélioration durable au sens de l'art. 12 al. 1 LAI lorsque, selon toute vraisemblance, elle se maintiendra durant une partie significative des perspectives d'activités (ATF 104 V 79, 101 V 50 consid. 3b avec les références). De plus, l'amélioration au sens de cette disposition légale doit être qualifiée d'importante. En règle générale, on doit pouvoir s'attendre à ce que des mesures médicales atteignent, en un laps de temps déterminé, un résultat certain par rapport au but visé (ATF 101 V 52 consid. 3c, 98 V 211 consid. 4b). d) Dans un arrêt du 10 décembre 2001, le Tribunal fédéral des assurances s'est prononcé sur le caractère de mesures de réadaptation des mesures psychothérapeutiques destinées à traiter les troubles hyperkinétiques. Le cas qui lui était soumis concernait un enfant de 12 ans, souffrant de troubles hyperkinétiques, sous thérapie médicamenteuse à la Ritaline, nécessitant de temps à autre des

A/756/2010 - 13/16 - consultations médicales chez son pédiatre, à qui l'Office de l'assurance-invalidité compétent avait refusé la prise en charge de mesures médicales. Dans l'arrêt précité, le Tribunal fédéral des assurances avait indiqué que s'agissant de l'évolution de troubles hyperkinétiques, la littérature médicale (STEINHAUSEN, Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2000, p. 92, avec d'autres références) indiquait que les études sur des longues durées, aussi bien rétrospectives que prospectives, révélaient une possible persistance des troubles hyperkinétiques au-delà de l'adolescence. Sur ce point, en raison des différents éléments du syndrome conduisant au diagnostic, le pronostic individuel d'un trouble hyperkinétique était en fin de compte difficile ou presque impossible à établir sauf dans le contexte de

symptômes dyssociaux massifs précoces qui étaient le présage d'une évolution défavorable. Le traitement pharmacologique jouait un rôle prépondérant dans les troubles hyperkinétiques. Les agents stimulants représentaient le traitement de premier choix et comprenaient également la Ritaline selon le Compendium Suisse des Médicaments, édition 2001, p. 2207. Il était scientifiquement établi que les agents stimulants entraînaient à court terme une amélioration de l'attention et une diminution de l'hyperactivité et du comportement perturbant selon l'avis des parents et des enseignants. Les agents stimulants pouvaient être utilisés à long terme, sans accoutumance ni dépendance, mais leur action demeurait purement symptomatique. Une amélioration durable après arrêt de la médication devait donc être attribuée à des processus de maturation ultérieurs (STEINHAUSEN, op. cit. p. 89 ss avec d'autres références). Compte tenu de ces explications médicales, le Tribunal fédéral des assurances avait considéré que dans le cas qui lui était soumis, il s'agissait d'une thérapie de durée illimitée ou du moins de longue durée et que le résultat qui pouvait être attendu ne permettait pas d'établir un pronostic sûr dès lors qu'il n'existait pas de facteurs cliniques ou scientifiques fiables autorisant une prévision pour des patients individuels. De plus, le traitement appliqué n'était pas de nature à empêcher qu'une fois stabilisé, l'état de santé n'entrave la formation professionnelle ou la capacité de gain (Pratique VSI 2003 p. 104). 9. En l'espèce, les parties divergent sur le but de la psychothérapie. Il s'avère à cet égard que, sur la base des documents, il est très difficile de savoir si on est en présence d'un traitement visant l'affection comme telle ou non. D'une part, la Dresse A \_\_\_\_\_ indique, dans le questionnaire en cas de psychothérapie du 17 septembre 2009 que le traitement visait la poursuite de l'intégration scolaire ordinaire et le passage au cycle d'orientation. D'autre part, le Dr C \_\_\_\_\_, médecin au SMR prétend le contraire sans plus d'explication (rapports des 18 novembre 2008 et 17 février 2009). Cette question peut toutefois être laissée ouverte, une des conditions d'octroi des mesures médicales n'étant pas réalisée, à savoir la durée déterminée du traitement. En effet, il ressort du questionnaire en cas de psychothérapie rempli par la Dresse

A/756/2010 - 14/16 - A \_\_\_\_\_ le 17 septembre 2009 que la durée prévisible du traitement était indéterminée et dépendait de l'évolution, même si le pronostic était favorable. En d'autres termes, la durée des mesures médicales dépend d'une évolution favorable du cas, dont on ne peut pas dire si elle se réalisera ou non et, le cas échéant, quand. Quant aux autres spécialistes consultées (la Dresse E \_\_\_\_\_ et Madame S \_\_\_\_\_), elles n'ont pas pris position sur la durée du traitement, la psychologue se bornant à indiquer que tant la médication que le traitement psychothérapeutique devaient se poursuivre. Force est de constater par conséquent des différents documents que la durée du traitement n'était pas déterminée et qu'elle était aléatoire dans la mesure où elle était conditionnée par l'évolution de l'enfant (voir notamment arrêt non publié 9C\_1074/2009 du 30 septembre 2010). Il est en effet évident que, contrairement à ce que prétend la recourante, la psychothérapie n'aurait cessé avec le passage au cycle que pour autant que l'état de santé de l'appelée en cause se soit amélioré. Ainsi, l'arrêt des mesures psychothérapeutiques est à l'évidence lié à l'évolution de l'état de santé de l'enfant et non à son passage au cycle. L'évolution de l'état de santé n'étant pas prévisible, les mesures médicales ne peuvent être qualifiées de durée déterminée. b) S'agissant de la Ritaline (ou méthylphénidate), la Cour de céans relève que dans son rapport du 16 juin 2009 et le questionnaire en cas de psychothérapie rempli le 17 septembre 2009, la Dresse A \_\_\_\_\_ a diagnostiqué «un trouble de déficit de l'attention (F90.0)». Or, la catégorie F90 de la CIM-10 concerne les troubles hyperkinétiques, la sous-catégorie F90.0 portant

plus spécifiquement le trouble intitulé « perturbation de l'activité et de l'attention ». Il doit donc être considéré que le terme de trouble de déficit de l'attention employé par la Dresse Mc A\_\_\_\_\_ fait en réalité référence à la notion de « troubles hyperkinétiques » de la CIM-10. Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances parue notamment dans la Pratique VSI 2003, p. 104, il faut considérer que le traitement à la Ritaline doit en réalité être qualifié de thérapie de durée illimitée ou du moins de longue durée et que le résultat qui peut en être attendu ne permet pas d'établir un pronostic sûr dès lors qu'il n'existe pas de facteurs cliniques ou scientifiques fiables autorisant une prévision pour des patients individuels. 10. Compte tenu de ces éléments, il apparaît qu'à tout le moins une des conditions d'octroi des mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI - soit celle de la durée déterminée - n'est pas donnée et qu'en conséquence c'est à bon droit que l'OAI a refusé la prise en charge desdites mesures. Aussi le recours, mal fondé, doit-il être rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/756/2010 - 15/16 -

A/756/2010 - 16/16 - 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.