

GE_GERICHTE ATAS/4/2019 vom 7. Januar 2019

GE Cour de justice, 2019-01-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_4_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/4/2019 du 7 janvier 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/4/2019 del 7 gennaio 2019

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 - E 2 05), 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 cum art. 30 LPGA, ainsi que 64 al. 2 et 89A et ss LPA) dans la mesure où il tend implicitement à l'annulation de la décision entreprise.

E. 3

Le litige se limite au point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la dernière demande de prestations du recourant.

E. 4

A teneur de l'art. 1 al.1 LAI, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la présente loi ne déroge expressément à la LPGA. Selon l'art. 17 LPGA 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al.2).

A/1233/2018 - 9/16 - Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références).

C'est à l'aune des mêmes dispositions légales que le Tribunal fédéral a examiné le cas d'un assuré qui avait déposé une nouvelle demande de prestations, alors qu'il avait bénéficié auparavant d'une rente entière de l'assurance-invalidité pour une durée limitée dans le temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011).

E. 5

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b). Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

E. 6

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'art. 43 al. 3 LPGA) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a).

A/1233/2018 - 10/16 - Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausible les faits allégués. Un assuré qui renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH. En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage par rapport à son interlocuteur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 4 ; voir arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme *Dombo Beheer BV contre Pays-Bas* du 27 octobre 1993, Série A, vol. 274 n° 33).

E. 7

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment où la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et les références).

E. 8

Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2 ; 109 V 262 consid. 4a et Michel VALTERIO Droits de l'assurance-vieillesse et survivant (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI) Schulthess 2011, p. 840 ch. 3095). Enfin, on rappellera que dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; 121 V 366 consid. 1b et les références ;

A/1233/2018 - 11/16 - arrêts du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

E. 9

En l'espèce, il est constant que la seule question litigieuse porte sur le fait de savoir si le recourant a, dans le cadre de sa nouvelle demande, déposée le 24 juillet 2017, démontré de manière plausible que son état de santé s'était aggravé depuis la dernière décision entrée en force par laquelle l'OAI avait statué sur ses droits, en l'occurrence en rejetant sa première demande de prestations, soit en l'espèce le 1er septembre 2015. a. On observera tout d'abord que l'assuré a indiqué dans sa nouvelle demande du 24 juillet 2017 qu'il était en incapacité de travail à 50 % depuis mai 2011 pour une période indéterminée. Quant à la description du genre d'atteinte à la santé motivant sa démarche, il a mentionné : troubles ostéoarticulaires sur dégénérescence ; syndrome d'apnées du sommeil (SAS) ; troubles O.R.L. : vertige et troubles de l'audition, fibromyalgie, tendinite chronique, handicap physique main droite, état dépressif, le tout depuis 2008 - 2009. Il était toujours suivi (depuis mars 2009) par le Dr B_____). Force est de constater que tous ces éléments étaient déjà connus et pris en compte non seulement au moment du rejet de la demande de prestations du 1er septembre 2015, mais déjà par les experts de la CRR dans le rapport principal et complémentaire de 2013. L'incapacité de travail qu'il articule ainsi dans sa nouvelle demande ne faisait que reprendre ce qu'avait toujours retenu son médecin traitant de l'époque, le Dr B_____, son avis n'ayant pas été retenu à l'époque, par les experts et par l'OAI, qui retenait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations retenues. On comprend dès lors que, à réception cette demande, l'OAI n'ait pu d'emblée reconnaître la possibilité d'une

aggravation alléguée, et ait imparti un délai de trente jours à l'assuré pour l'inviter à compléter sa demande avec des documents notamment médicaux susceptibles de rendre plausible l'aggravation alléguée. b. L'assuré a produit dans le délai imparti un certificat médical établi par le Dr B _____ le 7 août 2017. Il s'agit de déterminer si ce document était susceptible de rendre plausible une aggravation de l'état de santé du patient: ce document se borne à « (certifier) que l'état de santé de (son patient) était actuellement en nette aggravation en raison de troubles de l'humeur sévère se manifestant par un état dépressif avec réactions violentes importantes et abus d'alcool », le médecin indiquant que cet état amène une dangerosité certaine envers lui-même et envers autrui. On observera ainsi que le médecin traitant, outre le fait de rester totalement évasif quant au point de départ d'une prétendue aggravation de l'état de santé, n'évoque rien d'autre que ce qu'il affirmait déjà dans le cadre de la première demande de prestation de son patient. Il n'a, à juste titre, évoqué aucune aggravation sur le plan somatique, dès lors que tous les aspects évoqués par son patient dans sa nouvelle demande de prestations étaient déjà connus à l'époque de la première demande, et avaient dûment été pris en compte dans la décision ayant conduit au rejet de cette dernière, et notamment été évalués dans le cadre de

A/1233/2018 - 12/16 - l'expertise du CRR de 2013, à laquelle la chambre de céans avait accordé toute valeur probante dans son arrêt dans son arrêt du 28 novembre 2016, confirmé par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 21 avril 2017. Il ne fait valoir l'aggravation alléguée que sous l'angle d'un trouble de l'humeur sévère se manifestant par un état dépressif et abus d'alcool. On relèvera encore à ce sujet que ces troubles psychiques avaient déjà été évoqués dans le cadre de la première demande. À l'époque d'ailleurs, le médecin traitant évoquait déjà un état dépressif chronique (voir notamment son rapport médical du 1er juin 2011) et les troubles de l'humeur, les considérant déjà comme incapacitants; mais initialement il n'avait pas évoqué les problèmes d'alcool - qui pourtant étaient déjà significatifs à l'époque, mais n'avaient été admis par l'assuré lui-même qu'au stade de l'expertise de la CRR. On ne saurait dès lors prétendre, comme le soutient le recourant dans ses écritures, que la nouvelle demande n'était pas fondée sur les mêmes atteintes à la santé que la précédente. Ceci dit, le médecin traitant considère comme un « facteur fortement aggravant » la situation sociale imposée à son patient par les décisions de différents organismes (évoquant à ce sujet le refus de prestations de l'OAI, en particulier). Il indique enfin que selon lui un suivi spécialisé est « actuellement » nécessaire; ce qui ne constitue pas non plus un indice de plausibilité de l'aggravation alléguée, d'autant que dans le cadre de la première demande, ce même médecin évoquait déjà le fait que son patient n'était pas au bénéfice d'un suivi psychiatrique depuis longue date, et relevait dans sa critique du rapport de la CRR (rapport médical du Dr B _____ du 19 août 2014), que les experts avaient sous-évalué les troubles de l'humeur, et dénié à tort le caractère de maladie de la consommation importante d'alcool de son patient. C'est ainsi à juste titre que le SMR a, sur cette base, dans son avis du 29 septembre 2017, considéré que l'aggravation n'était pas rendue plausible; sur la base de quoi l'OAI avait adressé à l'assuré son projet de refus d'entrée en matière du 2 octobre 2017. c. Dans le cadre de l'audition, l'assuré a produit un rapport de la Dresse D _____. Le rapport de cette psychiatre, n'est pas plus convaincant, et l'on ne saurait en déduire des indices plausibles d'une aggravation de l'état de santé du patient. Dans son rapport, daté du 27 novembre 2017, la Dresse D _____ indique suivre le patient depuis le 28 septembre 2017, adressé par le médecin traitant généraliste, pour un suivi psychiatrique dans le cadre d'une symptomatologie dépressive – qu'elle affirme avoir effectivement constatée – et correspondant actuellement à un épisode dépressif moyen à

sévère. Elle retient les diagnostics actuels suivants : sur le plan de purement psychiatrique: - épisode dépressif moyen à sévère évoluant depuis 2007, avec symptômes somatiques, sans symptômes psychotiques ; - troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation d'alcool avec dépendance depuis 2008. Elle énumère ensuite une longue série de diagnostics somatiques, déjà connus, remontant pour l'essentiel aux années 2008 voire antérieures, avec nombre de status post... Tous antérieurs à la

A/1233/2018 - 13/16 - première demande de prestations AI. Elle transcrit ensuite le status détaillé : elle décrit abondamment les plaintes de l'assuré et ses propres constatations. En conclusion elle indique que le patient présente actuellement les signes d'une symptomatologie dépressive moyenne à sévère qui semble évoluer depuis au moins 2009; elle relève encore que le patient ne se plaint pas de symptômes psychiques au premier plan, mais plutôt de symptômes somatiques. Lorsqu'on lui parle de symptômes dépressifs, il n'en comprend pas le sens et demande des explications. Elle relève des plaintes somatiques que son patient fait remonter à 2005, dont une partie pourrait être corrélée avec les symptômes du SAS découvert en 2007 (troubles du sommeil, fatigue, fatigabilité, somnolence diurne, baisse de la concentration et troubles de la mémoire) et remarque que ces plaintes somatiques se sont aggravées à partir de son licenciement. Elle indique que l'intéressé a une capacité d'introspection limitée et que son ressenti passe plutôt par la somatisation, même si nombre des consultations effectuées au fil de ces dernières années ont clairement mis en évidence des troubles physiques. Il continuait actuellement à faire des démarches pour chercher un travail, mais il est découragé, se sent impuissant, incapable d'y faire face malgré ses efforts. Sa capacité de s'investir est faible, restant la plupart du temps enfermé chez lui à ruminer, devenu de plus en plus triste et irritable. Il a limité ses relations sociales, et familiales pour éviter des accès de colère incontrôlables. De même pour ne pas s'alcooliser il éviterait de sortir et limiterait ainsi le contact avec des copains du quartier. Il ne s'intéresserait plus à rien, aurait perdu confiance en lui, ne serait plus sûr de ses gestes, aurait perdu une partie de l'habileté manuelle de sa main valide en raison de tremblements et de lâchages. Ce faisant elle ne fait que se fonder sur les déclarations mêmes de son patient, sans la moindre corrélation avec des éléments objectifs. Elle conclut ainsi que sa CT est actuellement nulle, les symptômes psychiques présents se surajoutant à toutes les limitations constatées par les experts en 2014 (recte: 2013) et l'empêchant de fournir une activité. La psychiatre traitante conclut enfin qu'actuellement, au vu de la situation de son patient elle considère qu'il a une incapacité de travail totale qui justifie une demande de rente de 100%. Force est de constater que les observations de la psychiatre traitante ne permettent nullement de déceler la plausibilité d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Le fait que ce dernier lui ait été adressé, à ce stade, par le médecin traitant, n'est pas en soi un indice d'une aggravation plausible de son état, d'autant que cette consultation intervient au stade de l'audition dans le contexte d'un refus probable et imminent d'entrée en matière. Les considérations de la psychiatre traitante reposent essentiellement sur les déclarations de son patient, évoquant par exemple le fait qu'une année ou deux ans auparavant l'intéressé aurait "pensé" au suicide, errant sans but pendant une semaine, après une violente dispute avec son épouse, mais en décidant finalement de rentrer à la maison. À en croire toutefois le médecin – répercutant toujours les seules déclarations du patient -, la situation actuelle avait plutôt tendance à s'améliorer (diminution de la consommation d'alcool, et réduction

A/1233/2018 - 14/16 - du nombre de cigarettes par jour, prise de conscience des répercussions sur son comportement, son humeur et sa santé, abstinence d'alcool « pendant son travail ». Il reste que le patient focalise ses colères et sa frustration contre l'OAI - étant rappelé que le recourant a présenté sa nouvelle demande de prestations quelque trois mois après l'arrêt du Tribunal fédéral confirmant le rejet de son précédent recours. Au final, la psychiatre traitante n'évoque que des problématiques déjà connues, ayant conduit au premier rejet de la demande de prestations de l'assuré, en raison d'un taux d'invalidité insuffisant (27 %); étant rappelé qu'à l'époque déjà, soit dans le courant de l'année 2014, alors que l'OAI avait consenti à l'intéressé une mesure professionnelle, le rapport de fin de mesure de réadaptation professionnelle du 6 mai 2014 constatait que la première partie de la mesure professionnelle suivie par l'assuré avait permis d'observer une très grande habileté manuelle, malgré l'atteinte à la main droite et qu'en dépit de ses plaintes somatiques et ses problèmes de fatigabilité, l'intéressé avait pu développer les activités proposées sans aucune baisse de rendement. Un changement d'attitude de l'assuré avait toutefois été perçu durant la seconde partie de la mesure, avec l'interruption du stage en entreprise après deux jours, en raison de douleurs dorsales, le refus de suivre le module interne de conciergerie et finalement la verbalisation du fait qu'il souhaitait percevoir une rente, plutôt que de suivre une mesure de réadaptation professionnelle. Il résulte au final du long rapport de la psychiatre traitante, que la situation qui prévalait au moment de la première décision de refus n'a guère évolué, et en tout état cette spécialiste n'indique aucun élément concret susceptible de démontrer la plausibilité d'une aggravation de l'état de santé, encore moins ce qui justifierait selon elle une incapacité de travail à 100 % sur le plan psychique. En posant le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère évoluant depuis 2007, avec symptômes somatiques, sans symptômes psychotiques, et troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation d'alcool avec dépendance depuis 2008, la psychiatre traitante ne procède en réalité qu'à une appréciation (partiellement) différente d'une situation de fait identique à celle prévalant au moment du premier refus de prestations de l'intimé. Du reste, outre les contradictions relevées précédemment (apparente amélioration plutôt qu'une aggravation de l'état de santé), ce médecin sort finalement du domaine de sa compétence en estimant que l'incapacité de travail, totale selon elle, justifierait une demande de rente AI à 100 %. Ainsi, l'avis médical du SMR du 6 février 2018 - sur lequel se fonde la décision de rejet de la demande de prestations -, relevant notamment que la psychiatre n'apporte pas de nouveaux éléments et, dans le status, ne décrit pas les éléments qui justifieraient l'aggravation et la nouvelle demande, mais au contraire que l'assuré ne se plaint pas de symptômes psychiques au premier plan mais plutôt de symptômes somatiques, est cohérent et ne saurait dès lors être critiqué. d. Il résulte ainsi de ce qui précède que l'on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir refusé d'entrer en matière, dans ces conditions: outre le fait que l'OAI a

A/1233/2018 - 15/16 - scrupuleusement respecté les directives jurisprudentielles en cas de présentation, non conforme aux conditions de l'art. 87 al. 2 et RAI, d'une demande de prestations après un premier refus dû au fait que le taux d'invalidité était insuffisant, la chambre de céans ne peut que constater que cette demande était manifestement insuffisante en regard des principes rappelés ci-dessus, notamment quant aux conditions mentionnées à l'art. 87 al. 2 et RAI et à la jurisprudence y relative, qui rappelle que les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques, l'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré devant permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles

demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1 et ATF 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références). e. Il est enfin rappelé que la chambre de céans doit apprécier la situation en fonction de l'état du dossier au moment où la décision litigieuse a été rendue, en cas de recours contre une décision de refus d'entrer en matière, elle ne peut se prononcer que sur la question de savoir si c'est à juste titre qu'au moment où l'intimé a rendu la décision entreprise il était fondé à refuser l'entrée en matière; ce qui est le cas en l'espèce. Les pièces médicales (courriers de la Dresse D_____ du

E. 12

mars 2018 valant recours – voir ci-dessus en fait ad ch.19 – et du Dr B_____ du 10 avril 2018) postérieures à la décision entreprise ne sauraient ainsi être prises en considération. Il sera d'ailleurs observé que, quoi qu'il en soit, ces éléments ne seraient d'aucun secours au recourant. À l'instar du courrier adressé le 10 avril 2018 par le Dr B_____ à l'OAI et transmis à la chambre de céans pour raisons de compétence, ils seraient même contre-productifs: ainsi, dans ce dernier courrier, le médecin traitant revient tout simplement sur ses critiques - antérieures au dépôt de la nouvelle demande de prestations -, à l'endroit des experts de la CRR, pour justifier la nouvelle demande de prestations; et, sortant manifestement de sa réserve, il considère que l'attitude de l'intimé et de ses experts feraient preuve « d'une indiscutable cruauté à l'encontre de son patient ». Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse n'est pas critiquable. C'est donc à juste titre que l'intimée a refusé d'entrer en matière. 10. Mal fondé, le recours sera donc rejeté. 11. La procédure n'est pas gratuite - ce qui a d'ailleurs été rappelé au recourant, par la chambre de céans, dans l'annexe à son courrier du 17 avril 2018: l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit en effet qu'en dérogation à l'art. 61, let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, dont le montant doit se situer entre CHF 200.- et CHF. 1'000.-. Il y a dès lors lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/1233/2018 - 16/16 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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