

GE_GERICHTE ATAS/804/2015 vom 20. August 2015

GE Cour de justice, 2015-08-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_804_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/804/2015 du 20 août 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/804/2015 del 20 agosto 2015

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 dès le 1er janvier 2011, la

A/2049/2011 - 19/27 - 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 la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGA).

E. 3

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3). En l'occurrence, les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont applicables, vu le signalement du Dr H_____ à l'OAI du 10 novembre 2009, qu'il convient de considérer comme une nouvelle demande de prestations, bien que le recourant n'ait pas déposé une demande formelle et expresse (cf., mutatis mutandis, arrêt du Tribunal administratif fédéral C_858/2013 du 19 mars 2014).

E. 4

En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

Concrètement la chambre de céans peut donc se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 10 mai 2010 (6 mois après le dépôt de la nouvelle demande du 10 novembre 2009) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 7 juin 2011, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Dans ce contexte, on précisera que la documentation médicale postérieure au prononcé de l'acte attaqué ne sera prise en considération que si elle se rapporte à la période déterminante et qu'elle est de nature à influencer le jugement de la cause pour cette période-là (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

E. 5

Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 4 aRAI (dans sa teneur en vigueur à la date de la décision

litigieuse du 7 juin 2011, remplacé, dès le 1er janvier 2012, par le nouvel art. 87 al. 3, dont le contenu est substantiellement identique) ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'alinéa 3 de cette disposition sont remplies. Ainsi, dans sa nouvelle demande, le recourant doit établir de façon plausible que le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer ses droits. En cas d'entrée en matière, l'autorité procède de façon analogue à un cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit examiner si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite depuis la dernière décision déterminante. Si tel n'est pas le cas, elle rejettera le recours. Dans le cas contraire, elle devra encore déterminer si la modification constatée est suffisante pour conclure au droit à une rente d'invalidité et prendre une décision en

A/2049/2011 - 20/27 - conséquence. En cas de recours, il incombe au juge de procéder au même examen matériel (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 71). La révision a lieu d'office ou sur demande (art. 87 al. 1 RAI). La demande de révision doit établir de manière plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI). Quant au fait de savoir si cette demande de révision doit être examinée, il convient d'appliquer par analogie les principes régissant l'entrée en matière sur une nouvelle demande. Ainsi, l'administration doit commencer par déterminer 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'entrée en matière. A 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. 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 al. 4 aRAI 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 – comme en l'espèce - entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid.3.1)

E. 6

Dès lors que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du recourant par sa décision du 7 juin 2011, le litige porte uniquement sur le point de savoir si, en raison d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré et de ses effets sur le plan économique, le degré d'invalidité a subi une modification significative depuis la décision de refus de rente du 18 mars 2008 et atteint désormais le taux de 40 % justifiant l'octroi d'une rente (art. 28 al. 2 LAI). Le point de savoir si un changement important des circonstances s'est produit doit donc être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de rente du 18 mars 2008 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse du 7 juin 2011 (ATF 133 V 108 consid. 5).

E. 7

a. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend

également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a).

A/2049/2011 - 21/27 - b. Le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_306/2010 du 25 février 2011 consid. 6). Cette règle jurisprudentielle s'applique notamment lorsque l'administration fonde sa décision sur une prise de position de son service médical rendue sur la base des actes du dossier sans examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_689/2010 du 19 janvier 2011 consid. 3.1.3). Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). c. En ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, on relèvera que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est 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 353 consid. 3a). d. Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), 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. C'est le lieu de rappeler que le caractère ponctuel d'une expertise par rapport au suivi régulier d'un médecin traitant ne saurait ensuite ôter toute valeur à la première dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre, moins influencé par la relation de confiance qui unit généralement un médecin traitant à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc), et autorisé sur un cas particulier. e. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses

A/2049/2011 - 22/27 - 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 judiciaire 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1).

E. 8

a. A l'appui de sa décision du 18 mars 2008, l'OAI s'est fondé sur l'avis du SMR du 16 février 2007 pour retenir que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle chez B_____ et d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité sédentaire, sans port de charges ni efforts physiques.

b. Dans son rapport d'expertise cardiologique du 8 mars 2010, complété le 5 mars 2012, le Dr J_____ a confirmé que l'expertisé disposait d'une capacité de travail de 50% dans son ancienne activité de nettoyeur et de 100% dans une activité sédentaire, sans perte de rendement. L'expert L_____ (spécialiste en médecine interne) s'est rallié à cette appréciation, précisant que l'intéressé disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, depuis « probablement » début 2005 (rapport du 2 février 2011) ; l'activité habituelle était encore exigible à 100% si le port de charges n'excédait pas 15 kg, de manière répétée. Dans son rapport d'expertise judiciaire du 8 juillet 2013 (complété par courrier du 15 avril et lors de l'audience du 11 juillet 2014), le Pr P_____ a confirmé que, sur le plan strictement cardiologique, le recourant disposait depuis 2009 d'une pleine capacité de travail dans une activité légère, sous réserve de l'affection psychique. Dans son rapport d'expertise judiciaire du 27 janvier 2015, qui revêt pleine valeur probante au sens de la jurisprudence précitée, le Dr R_____ a estimé à cet égard que les descriptions que l'on trouvait au dossier jusqu'au début de l'année 2011 permettaient difficilement d'objectiver une pathologie psychiatrique plus grave qu'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22). La définition d'un tel trouble selon la CIM-10 ne permettait pas de le considérer comme invalidant. En revanche, depuis le 12 novembre 2011, la capacité de travail de l'expertisé dans une activité adaptée était de 50%. Depuis le 3 décembre 2014, elle était nulle dans toute activité.

c. Dans ces conditions, il n'apparaît pas que l'état de santé du recourant, singulièrement sa capacité de gain, ait subi - durant la période litigieuse du 18 mars 2008 au 7 juin 2011 - une modification déterminante.

Partant, il conviendra de rejeter le recours, en tant qu'il conclut à l'annulation de la décision entreprise.

A/2049/2011 - 23/27 -

E. 9

a. De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à

l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2).

b. En l'occurrence, au vu du rapport d'expertise judiciaire du Dr R_____ du 27 janvier 2015, et de son complément du 6 septembre 2015, établissant une incapacité de travail pour raison « psychiatrique » (compte tenu d'une atteinte neurologique, a priori distincte des troubles vasculaires cérébraux survenus en février 2010) à 50% dans une activité adaptée depuis le 12 novembre 2011 au moins, et à 100% dans toute activité depuis le 3 décembre 2014 au moins, il convient d'étendre l'objet de la contestation à cet aspect. Au demeurant, l'intimé a d'ores et déjà expressément admis les conclusions de cet expert dans ses déterminations du 26 février 2015. La question du droit à la rente du recourant est ainsi en état d'être jugée, étant observé qu'il convient encore uniquement d'actualiser à 2012 (le 1er novembre 2012 étant la date du début du droit à la rente : art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 3 LAI) les revenus sans et avec invalidité retenus par l'OAI à l'appui de sa décision du 18 mars 2008 (comp. ATAS/212/2011 du 21 février 2011 consid. 12) – opération pouvant sans autre être effectuée par l'autorité de céans sur la base des données statistiques publiées. Enfin, les parties se sont dûment exprimées sur la question d'une telle extension dans leurs écritures du 18 mai 2015.

c. Indexé à l'évolution nominale des salaires jusqu'en 2012

(http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04/blank/key/lohnentwicl ung/nominal_und_real.html), le revenu sans invalidité de CHF 74'794.- pour 2009 (cf. questionnaire de l'employeur du 7 janvier 2010) correspond à CHF 76'755.- (+ 0,8% en 2010 ; + 1,0% en 2011 et + 0,8% en 2012), et non à CHF 76'615.- comme calculé par l'OAI.

d S'agissant du revenu avec invalidité, le salaire mensuel obtenu en 2012 par un homme exerçant des activités simples et répétitives (niveau 4) - « accomplissant des tâches physiques ou manuelles simples, de niveau de compétence 1 », selon la nouvelle terminologie adoptée par l'OFS depuis 2012 - est de CHF 5'210.- pour une durée hebdomadaire de travail de 40 heures (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, Secteur privé, TA1).

Selon la jurisprudence, il convient de réduire le montant du salaire ressortant des données de l'ESS en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie

A/2049/2011 - 24/27 - d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces empêchements sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret, est nécessaire, étant précisé que la jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 76). Lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25 %) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

e. En l'occurrence, dans sa prise de position du 18 mai 2015, l'OAI a consenti une réduction de 15%, soit le même taux que celui-ci initialement retenu dans sa décision du 18 mars

2008. Or ce taux ne tient pas compte de l'âge de l'assuré au moment de la date déterminante du 12 novembre 2012 (60 ans et 4 mois), âge proche du seuil à partir duquel la jurisprudence parle d'un âge avancé (cf. notamment arrêts du Tribunal fédéral 9C_918/2008 consid. 4.2.2 ; 9C_437/2008 consid. 4 ; 9C_612/2007 consid. 5.1). Il ne tient pas d'avantage compte du fait que depuis le 12 novembre 2011 au moins, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée a été réduite à 50% en raison de son trouble cognitif léger, et cela même dans les activités particulièrement simples comme celles que l'on pouvait encore considérer comme exigibles compte tenu des limitations physiques dont il souffrait. Il se justifie dès lors d'appliquer en l'occurrence le taux maximal de 25%.

Ajusté à la durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures de travail dans les entreprises en 2012 (La Vie économique, 7-8/2013, p. 94, B 9.2), compte tenu d'une incapacité de travail de 50% et d'un abattement de 25%, on obtient un revenu annuel d'invalidé de CHF 24'441.- pour 2012 (CHF 65'177.- : 2 x 25%). Comparé à un revenu sans invalidité de CHF 76'755.-, on aboutit à un degré d'invalidité de 68%, correspondant à trois quarts de rente (art. 28 al. 2 LAI), dès le 1er novembre 2012 (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 3 LAI).

d. L'incapacité de gain étant désormais totale dans toute activité dès le 3 décembre 2014, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, et doit être reconnu à hauteur de 100%. En conséquence, le recourant a droit à une entière d'invalidité depuis le 1er mars 2015, dans la mesure où l'aggravation durable de son état de santé aura duré trois mois depuis le 3 décembre 2014 (art. 88 a al. 2 RAI), et cela quand bien même le Dr R_____ laisse entendre – mais sans autre motivation – que cette aggravation devait remonter à une date largement antérieure à décembre 2014 (« au moins »).

E. 10

Aucune indemnité à charge de l'intimé ne peut être allouée au recourant dès lors que celui-ci succombe sur l'objet de la contestation initiale, la décision litigieuse

A/2049/2011 - 25/27 - devant être confirmée (comp. arrêt du Tribunal fédéral 9C_967/2009 du 2 juin 2010).

E. 11

Même si le recourant succombe, il n'y a pas lieu de percevoir en l'occurrence des frais de procédure, dès lors que celui-ci a été mis au bénéfice de l'assistance juridique (art. 13 al. 1 du Règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 ; RFPA ; E 5 10.03).

E. 12

En revanche, les frais de l'expertise psychiatrique du 27 janvier 2015 (CHF 4'160,80) seront mis à la charge de l'intimé, conformément à la jurisprudence (ATF 139 V 496). En effet, la question de l'état de santé psychique de l'assuré n'a pas été investiguée à satisfaction de droit par l'administration lors du traitement de la demande de prestations déposée par l'intermédiaire du Dr H_____ le 10 novembre 2009. Dans son rapport d'expertise du 8 mars 2010, le Dr J_____, mandaté par l'OAI, avait en effet retenu l'existence d'une intrication médicale et psychiatrique possible découlant de la situation psychosociale difficile du patient. A ce titre, l'expert avait expressément préconisé une expertise pluridisciplinaire, associant un interniste et un psychiatre. Toutefois, l'administration n'a pas suivi cette recommandation, sans fournir aucune explication à cet égard. Or, conformément à la jurisprudence, lorsqu'une indication au sujet d'une éventuelle souffrance

psychique se trouve dans le dossier, une investigation psychiatrique est nécessaire, afin de clarifier la situation et de définir clairement l'état de santé de l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 260/00 du 29 novembre 2000 consid. 3a). Certes, cette clarification ne se justifie pas en cas de simple divergence entre les plaintes subjectives de l'assuré et les observations objectives. On peut également y renoncer s'il apparaît avec certitude que les troubles psychiques sont purement réactifs à l'état somatique (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3124/2009 du 24 août 2011 consid. 8.2). Il n'apparaît toutefois pas que tel aurait été le cas en l'occurrence, les experts J_____ et P_____ ayant tous deux retenu que l'affection psychique résultait de la situation psychosociale et économique difficile dans laquelle l'assuré, qui avait en particulier un enfant atteint de myopathie et en chaise roulante, évoluait depuis plusieurs années.

A cela s'ajoute que, dans son avis du 16 février 2007, le SMR (Dr F_____) avait retenu l'existence d'un probable état dépressif à la suite de l'épisode coronarien de mars 2004. Certes, contrairement aux avis des Dr H_____ et Dr E_____ des 5 juin 2005 et 25 juillet 2006 (cf. § 3 de la partie « en fait »), le Dr F_____ avait exclu à cet égard une atteinte psychique invalidante dans la mesure où le traitement suivi par l'assuré ne comportait aucun médicament psychotrope et où celui-ci n'avait consulté qu'une fois un psychiatre (en novembre 2004). Outre qu'elle ne reposait pas sur l'avis d'un médecin spécialisé en psychiatrie, le Dr F_____ étant spécialiste en anesthésiologie, cette appréciation, qui datait de plus de quatre ans avant la décision attaquée du 7 juin 2011 (et de plus de deux ans et demi avant la nouvelle demande du 10 novembre 2009), apparaissait, en toute hypothèse, trop ancienne pour constituer une base convaincante. L'avis du SMR du 16 février 2007

A/2049/2011 - 26/27 - n'autorisait dès lors pas l'administration à renoncer à instruire plus avant cette question dans le cadre de la nouvelle demande. Au demeurant, l'absence d'un suivi psychiatrique ou de traitement psychotrope ne traduisent pas forcément une amélioration de la situation médicale. Quant au Dr L_____ (non spécialisé en psychiatrie, mais en médecine interne), il ne s'est pas d'avantage prononcé, dans son expertise du 2 février 2011, sur la question de savoir s'il existait des limitations au plan psychique, se bornant à rapporter, sur ce point, les déclarations de l'expertisé concernant son « appréhensions légitimes » par rapport à sa maladie, à sa situation économique et à sa responsabilité de père de deux enfants à charge dont l'aîné souffrait d'une myopathie le rendant impotent, ainsi que l'absence de traitement psychiatrique.

Dans ces conditions, et conformément à la maxime inquisitoire, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique apparaissait nécessaire à l'appréciation de la situation médicale de l'assuré. A noter que l'expert psychiatre R_____ a, finalement, confirmé la présence d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) antérieurement à 2011, même s'il a conclu qu'un tel trouble n'avait vraisemblablement pas revêtu un caractère invalidant en l'espèce.

A/2049/2011 - 27/27 - 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.