

GE_GERICHTE A/1979/2012 vom 29. Januar 2013

GE Cour de justice, 2013-01-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1979_2012

FR: GE_GERICHTE A/1979/2012 du 29 janvier 2013

IT: GE_GERICHTE A/1979/2012 del 29 gennaio 2013

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Mineure H_____, représentée par sa mère, I_____, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA recourante contre HELSANA ASSURANCES SA, sis Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf intimé EN FAIT L'enfant H_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1999 est assurée auprès d'HELSANA assurances SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée) depuis le 1 er janvier 2006 pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. L'assurée est représentée par sa mère, I_____. L'assurée a consulté le Dr " _____ " L_____, médecin sans spécialisation reconnue par la FMH, animateur de plusieurs centres de "médecine globale", auteur d'ouvrages sur la santé holistique et globale, pratiquant le chamanisme et la communication spirituelle (www.santeglobale.info/Tal). MUTUEL ASSURANCES n'a informé HELSANA que le 7 septembre 2009 que l'assurée était assurée auprès d'elle avec effet au 1 er janvier 2009. En conséquence, HELSANA a accepté la résiliation du contrat pour le 30 septembre 2009 seulement et a dû rembourser à MUTUEL les prestations d'assurance déjà versées par cette dernière aux parents de l'assurée. Le Dr L_____ a établi notamment deux factures: l'une, datée du 26 novembre 2008 concerne un traitement dispensé du 15 janvier au 21 novembre 2008, pour onze ou douze consultations, inscrites sous "consultations psychothérapeutiques ou psychosociales par le spécialiste de premier recours, par période de cinq minutes". Le code mentionné est 00.00520, le tarif de chaque consultation s'élève à 240 fr. 60. Lors de l'une des consultations d'octobre 2008, la facture mentionne les codes 00.0010 (première période de cinq minutes); 00.0020 (par cinq minutes en plus, supplément); 00.0030 (par cinq minutes en plus, supplément) et 00.0520. Le total de la facture s'élève à 2'310 fr. 25. l'autre, datée du 28 février 2009 concerne un traitement dispensé du 28 novembre au 27 décembre 2008, soit des consultations les 28 novembre, 6, 12, 21 et 27 décembre 2008, inscrites sous "consultations psychothérapeutiques ou psychosociales par le spécialiste de premier recours, par période de cinq minutes". Le code mentionné est 00.0520, le tarif de chaque consultation s'élève à 240 fr. 60 et le total de la facture est de 1'023 fr. Les factures ont été envoyées pour remboursement à l'assurance à une date inconnue. L'assurance a répondu, le 16 février 2009, à un courrier de Me Mauro POGGIA, avocat de l'assurée. L'assurance a indiqué qu'un délai était nécessaire afin de procéder à des vérifications dans le dossier, s'excusant du retard et s'engageant à donner une réponse aussi rapidement que possible. Par fax du 22 juillet 2009, Me Christian van GESSEL, associé de Me POGGIA, a transmis une nouvelle fois à l'assurance les deux factures en souffrance, pour remboursement. Le même avocat s'est adressé à l'assurance, par courriel du 25 septembre 2009, pour l'inviter une dernière fois à rembourser ces deux factures, précisant que le Dr L_____, qui avait attendu plus d'un an pour être payé, avait désormais mis aux poursuites sa cliente, soit la mère de l'assurée. Par pli du 23

décembre 2009, Me Christian van GESSEL a confirmé à l'assurance sa constitution pour la défense des intérêts de l'assurée et de sa mère, rappelant que le Dr L_____ avait été plusieurs fois requis de répondre à des questions de l'assurance sur ces factures qui n'étaient toujours pas payées, près d'un an après leur émission. Sur ce, l'assurance a indiqué, le 26 janvier 2010, qu'une réponse serait rendue dans les prochains jours. Par courriel du 11 mai 2010, une collaboratrice de l'assurance a indiqué à l'avocat de la mère de l'assurée que les factures étaient envoyées au Département correspondant pour remboursement et qu'elle ferait tout son possible afin que cela soit traité rapidement. Par courrier du 30 juin 2010 à l'assurée, l'assurance a précisé que sa direction s'occupait activement à l'analyse et à la résolution de l'affaire en cours. La loi l'obligeait à contrôler l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations et les facturations du Dr L_____ étaient examinées dans le détail, car des anomalies avaient été constatées. En particulier, la position 00.0020 (consultation, par période de cinq minutes en plus) ne pouvait être appliquée que deux fois par séance au maximum. Une comparaison avec d'autres dossiers ralentissait la démarche, ce qui pouvait porter préjudice mais s'avérait nécessaire. La mère de l'assurée a saisi l'Ombudsman de l'assurance-maladie le 22 juillet 2010. Compte tenu du fait qu'il n'entre pas en matière lorsqu'un assuré est représenté par un avocat, le dossier a été clôturé auprès de l'Ombudsman en mai 2012, ce dernier relevant qu'HELSANA n'avait pas communiqué de motif précis au retard pris. Madame I_____, la mère de l'assurée, a signé le 15 septembre 2011 une procuration donnant mandat à Me Mauro POGGIA "pour toutes démarches utiles contre HELSANA". Le Dr L_____ a signé le 15 mai 2012 une procuration donnant mandat à Me Mauro POGGIA pour le représenter "auprès des assureurs-maladie de ses patients". Par acte du 28 juin 2012, l'assurée, représentée par sa mère, toutes deux représentées par Me Mauro POGGIA, dépose devant la Cour de céans un recours de droit administratif pour déni de justice contre l'assurance. Elle conclut à ce qu'il soit constaté l'existence d'un déni de justice et que l'intimée soit condamnée à rendre dans un délai de deux semaines une décision sujette à recours, sous la menace des sanctions de l'art. 292 CPS, avec suite de frais et dépens. Elle fait aussi valoir que la facture du 13 janvier 2012 (157 fr. 80) du Dr M_____ pour le traitement du 2 juillet 2008 n'a pas non plus été payée par l'assurance. Par réponse du 15 août 2012, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle regrette que le mandataire de l'assurée n'ait pas cherché à la contacter, suite à la clôture du dossier auprès de l'Ombudsman et fait valoir que, si elle n'a pas été en mesure d'informer précisément l'assurée des détails des démarches juridiques en cours, c'est en raison du fait qu'elle a saisi le Ministère public, courant 2009, des résultats des contrôles concernant le Dr L_____ et que, malgré deux courriers de relance au Ministère public, les 15 mars 2010 et 1^{er} juillet 2011, la consultation des pièces du dossier lui a été refusée par la procureure en charge du dossier, l'enquête préliminaire étant encore en cours. L'assurance admet que c'est en décembre 2009 que l'assurée a demandé qu'une décision soit rendue en ce qui concerne les deux factures du Dr L_____ en suspens et qu'il s'est effectivement écoulé 30 mois entre cet instant et l'ouverture de la procédure devant la Cour de céans, sans que cela constitue un déni de justice au sens de l'art. 56 al. 2 LPGA, dès lors que la recourante n'a pas, au préalable, procédé à une sommation, soit une menace d'un recours pour déni de justice. Même si la Cour estimait que l'assurée peut ouvrir action sans adresser de sommation, le recours devrait être rejeté, car l'assurance n'a pas différé sa décision au-delà de tout délai raisonnable, le non-remboursement ne découlant aucunement des lacunes d'organisation, mais des problèmes de facturation du thérapeute concerné et de la durée prise par les autorités pénales du canton pour traiter du dossier. Au demeurant,

l'assurance ne peut pas faire de plus amples déclarations au sujet de cette autre procédure afin d'éviter de léser les intérêts du médecin et de perturber l'instruction auprès du Ministère public. L'assurance relève que le silence s'impose tout particulièrement dans le cas d'espèce, puisque le mandataire de l'assurée est également celui du thérapeute en cause. Finalement, au vu du risque lié aux demandes de restitution de prestations, on ne peut exiger de l'assurance qu'elle s'acquitte en mains de l'assurée des montants des factures sous enquête. Pour terminer, la facture du Dr M_____ du 5 août 2008 de 126 fr. 65 a été payée par l'assurance le 28 août 2008 et l'assurance produit un échange de correspondance avec l'assurée datant d'octobre 2008 qui le confirme. Après plusieurs prolongations du délai imparti, l'assurée a déposé des observations le 27 septembre 2012. Elle a notamment pris acte de ce qu'une procédure pénale avait été engagée par l'intimée contre le Dr L_____ et a relevé que l'assurance aurait mieux fait d'agir par la voie administrative devant le Tribunal arbitral. La recourante a admis que l'assurance lui avait remboursé la facture du Dr M_____ et s'est excusée de cette erreur. Constatant que Me Mauro POGGIA était l'avocat de la mère de l'assurée, mais également du Dr " _____ " L_____, et que ce dernier disait avoir intenté des poursuites contre la mère de l'assurée, la Cour de céans a imparti un délai à Me Mauro POGGIA pour se déterminer sur l'éventualité d'un conflit de mandat, informant qu'à défaut de réponse satisfaisante, le dossier serait transmis à la Commission du barreau. L'avocat a indiqué, le 10 octobre 2012, que le fait qu'il représente la mère de l'assurée contre HELSANA ASSURANCES d'une part, et le Dr L_____ contre divers assureurs n'implique ni un cas de double représentation, ni un cas de mandats opposés, car dans l'affaire qui oppose la mère de l'assurée à l'assurance, le Dr L_____ n'est qu'un tiers intervenant. De plus, si l'avocat représente ce médecin contre divers assureurs, il n'a pas du tout le mandat d'effectuer ses recouvrements, et notamment pas à l'égard de la mère de l'assurée. Ainsi, si le médecin a intenté une poursuite contre celle-ci, il l'a fait de lui-même, sans intervention de l'avocat. Invité à préciser l'état des poursuites contre la mère de l'assurée, Me Christian VAN GESSEL, associé de Me Mauro POGGIA, a indiqué le 30 octobre 2012 que c'était par erreur qu'il avait laissé entendre que le Dr L_____ aurait intenté des poursuites contre la mère de l'assurée. Il a produit la liste des poursuites en cours contre la mère de l'assurée qui démontre qu'aucune de celles-ci n'a été intentée par le Dr L_____. Les parties ont été informées que la cause serait gardée à juger le 20 novembre 2012 et qu'elles avaient la possibilité, d'ici-là, de se déterminer. Il ressort des pièces produites par l'intimée et des renseignements obtenus du Ministère public qu'une plainte pénale a été déposée contre " _____ " L_____ en 2009 (P/10489/2009). L'assurance a relancé le Ministère public le 15 mars 2010 et le 1 er juillet 2011, se plaignant de ce que la procédure n'ait pas progressé. Tout comme d'autres assureurs dans la même situation, l'assurance était mise sous la pression de ses assurés. Souhaitant consulter le dossier, l'assurance s'est vu répondre le 11 juillet 2011 par le Ministère public que l'enquête préliminaire était toujours en cours et qu'il n'était donc pas possible de consulter les pièces de la procédure. Il s'avère que le retard administratif pris est uniquement lié à la surcharge du Ministère public. La cause a été gardée à juger le 20 novembre 2012, les parties ne s'étant pas manifestées. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1 er 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-maladie, du

18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) s'applique à l'assurance-maladie sauf dans les domaines mentionnés à l'art. 1 LAMal, dont celui des tarifs, prix et budget global (art. 43 à 55 LAMal). Déposé dans la forme légale et le délai légal, le recours est recevable (art. 56 et art. 60 LPGA). Le litige porte sur l'existence d'un déni de justice commis par l'intimée concernant le remboursement de deux factures du Dr L_____, l'assurée ayant finalement admis que celle du Dr M_____ lui avait été remboursée en 2008 déjà. a) Selon l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut également être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. L'intérêt juridiquement protégé, dans le cadre d'un recours contre un refus de statuer ou pour retard injustifié, est celui d'obtenir une décision qui puisse être déférée à une autorité judiciaire de recours, indépendamment du point de savoir si, sur le fond, le recourant obtiendra gain de cause (ATF 125 V 118 consid. 2b p. 121). Au niveau cantonal, le droit de recourir en cas de déni de justice ou retard injustifié est consacré par l'art. 63 al. 6 LPA. Il présuppose que la partie ait envoyé à l'administration une mise en demeure. b) Aux termes de l'art. 29 al. 1 Cst., toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. Le principe de célérité en matière d'assurance sociales est désormais consacré par l'art. 61 let. a LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2003; il exige des cantons que la procédure soit simple et rapide et constitue l'expression d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 110 V 61 consid. 4b; Ueli KIESER, Das einfache und rasche Verfahren, insbesondere im Sozialversicherungsrecht, in: RSAS 1992 p. 272 ainsi que la note no 28, et p. 278 sv.; RÜEDI, Allgemeine Rechtsgrundsätze des Sozialversicherungsprozesses, in: Recht, Staat und Politik am Ende des zweiten Jahrtausends, Festschrift zum 60. Geburtstag von Bundesrat Arnold Koller, Berne 1993, p. 460ss et les arrêts cités). La procédure judiciaire de première instance est ainsi soumise au principe de célérité, que ce soit devant une autorité cantonale ou devant une autorité fédérale. L'autorité viole le principe de célérité lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 119 Ib 311 consid. 5 p. 323; 117 Ia 193 consid. 1b in fine et c p. 197; 107 Ib 160 consid. 3b p. 165; Jörg Paul MÜLLER, Grundrechte in der Schweiz, Berne 1999, p. 505 s.; Georg MÜLLER, Commentaire de la Constitution fédérale, n. 93 ad art. 4 aCst.; HAEFLIGER / SCHÜRMAN, Die Europäische Menschenrechtskonvention und die Schweiz, Berne 1999, p. 200 ss). a) Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause et, entre autres critères, sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'assuré ainsi que le comportement de celui-ci et des autorités intimées. A cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire diligence, notamment en incitant celle-ci à accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié. Si on ne saurait reprocher à l'autorité quelques "temps morts", elle ne peut invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur de la procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.1 et 5.2 p. 331 s. et les références). Peu importe le motif qui est à l'origine du refus de statuer ou du retard injustifié ; ce qui est déterminant, c'est le fait que l'autorité n'ait pas agi ou qu'elle ait agi avec retard (ATF C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2 ; ATF du 23 avril 2003 en la cause I 819/02 consid. 2.1 ; ATF 124 V 133 , 117 Ia 117 consid. 3a, 197 consid. 1c, 108 V

20 consid. 4c). b) Selon la jurisprudence, il y a retard injustifié lorsqu'une cause est pendante depuis 33 mois et en état d'être jugée depuis 27 mois (ATF 125 V 373). Par exemple, il y a retard inadmissible à statuer lorsqu'un tribunal cantonal laisse s'écouler 25 mois entre la fin de l'échange d'écritures et le dépôt du recours pour déni de justice devant le Tribunal fédéral, respectivement plus de trois ans depuis le dépôt du recours cantonal, dans une affaire sans difficultés excessives en matière d'assurance-accidents (arrêt 8C_176/2011 du 20 avril 2011), ou lorsqu'il s'est écoulé un délai de 24 mois entre la fin de l'échange d'écritures devant la juridiction cantonale et le dépôt du recours pour déni de justice devant le Tribunal fédéral dans un litige qui avait uniquement pour objet le taux d'invalidité du recourant et où celui-ci avait circonscrit son argumentation à deux questions ne présentant pas de difficultés particulières (arrêt 8C_613/2009 du 22 février 2010). Dans une affaire où il s'agissait d'évaluer les revenus avec et sans invalidité d'un assuré et où il y avait eu un délai de 24 mois entre la fin de l'échange d'écritures et le prononcé du jugement cantonal, le Tribunal fédéral a admis un retard inadmissible à statuer, tout en relevant qu'un tel délai représentait une situation limite (arrêt 9C_831/2008 du 12 décembre 2008, in Plädoyer 3/2009 p. 62). Un délai de dix-huit mois écoulé entre la fin de l'échange d'écritures devant la juridiction cantonale et le recours pour déni de justice interjeté devant le Tribunal fédéral n'a pas été qualifié de retard injustifié, compte tenu notamment de la nécessité de procéder à une appréciation minutieuse de nombreux rapports médicaux ou expertises (arrêt 8C_615/2009 du 28 septembre 2009). c) Le Tribunal cantonal des assurances sociales a pour sa part jugé qu'un déni de justice doit être considéré comme établi quand l'assureur-maladie ne s'est pas formellement prononcé deux ans et demi après une demande de remboursement (ATAS/354/2007). Il en a jugé de même dans le cas d'un recourant qui était sans nouvelle de l'office cantonal de l'assurance-invalidité vingt et un mois après le dépôt d'une demande de révision qui avait été traitée diligemment dans un premier temps (ATAS/860/2006), et dix-huit mois après que la cause ait été renvoyée à l'office pour nouvelle décision suite à l'admission partielle de son recours (ATAS/62/2007). En l'espèce, les factures du 26 novembre 2008 et du 28 février 2009 du Dr L_____ ont été envoyées pour remboursement à l'assurance à une date indéterminée. La première était en possession de l'assurance le 16 février 2009 et les deux factures lui ont en tout cas été adressées une seconde fois le 22 juillet 2009. L'assurée a relancé l'assurance le 25 septembre 2009 et le 23 décembre 2009, l'invitant alors clairement à rembourser les factures en souffrance ou, à défaut, à rendre une décision sujette à recours. Il n'est pas contesté que l'assurée a un intérêt juridique à faire constater un éventuel déni de justice, dès lors que la décision formelle statuant sur le remboursement des factures peut être déférée devant la Cour de céans, indépendamment de son sort au fond. Par ailleurs, le courrier du 23 décembre 2009 constitue une mise en demeure, car bien que ce terme n'y figure pas, la formulation utilisée, soit : "pour la dernière fois, je vous invite à effectuer les remboursements ou à rendre une décision (...)" vaut sommation. L'intimée fait valoir que le délai de 30 mois entre le courrier de décembre 2009 et le dépôt du recours n'est pas déraisonnable et qu'il n'est pas dû à une mauvaise organisation, mais aux problèmes de facturation du médecin concerné et à la lenteur de la procédure pénale en cours au ministère public, à propos de laquelle elle ne peut pas communiquer, par égard pour la personnalité dudit médecin et pour ne pas entraver le cours de l'action pénale. La position de l'intimée est compréhensible, ce d'autant qu'elle peut légitimement craindre que les informations transmises soient portées à la connaissance du médecin incriminé, puisqu'il est représenté par le même avocat que la recourante. C'est toutefois l'assurée qui est concernée et qui a

droit à la notification d'une décision dans un délai raisonnable. Ainsi, si l'assurance estime que les faits reprochés au médecin concerné justifient de ne pas rembourser les factures à l'assurée ou de suspendre le remboursement, elle doit alors notifier une décision formelle ainsi motivée, afin de permettre le cas échéant à l'assurée de s'y opposer. Il s'avère donc que le délai pris pour statuer n'est pas justifié par l'instruction concernant les seules factures litigieuses, car l'assurance ne relève qu'une informalité dans le décompte des "périodes supplémentaires de 5 minutes", mais qu'il est du à l'instruction de l'ensemble de la (sur)-facturation du médecin concerné. La Cour de céans doit ainsi constater, eu égard à la casuistique citée, que l'intimée a commis un déni de justice en ne statuant pas sur la demande de remboursement de l'assurée 36 mois après réception des factures et 30 mois après la mise en demeure. Outre le fait que l'avocat de la recourante est mal venu de prétendre que l'assurance aurait dû préférer la voie de l'action devant le Tribunal arbitral à celle de la plainte pénale, dans la mesure où il est aussi le conseil du médecin mis en cause, la Cour de céans estime que, même s'il n'a pas représenté le médecin par des poursuites contre l'assurée, il est probable que l'avocat soit tout de même confronté à un conflit d'intérêts eu égard aux faits de la cause. Ainsi, une copie de cet arrêt est transmis à la commission du barreau, la Cour renonçant à suspendre la cause, dès lors que l'assurée n'a pas à subir un nouveau retard. Une copie est aussi adressée à l'assurée, afin qu'elle soit en mesure de décider, en toute connaissance de cause, de changer de mandataire le cas échéant. Il s'avère finalement que l'assurée n'a pas encore payé les deux factures du Dr L_____ et que celui-ci n'a pas procédé par voie de poursuite. Sachant qu'une partie de ses factures sont contestées par plusieurs assureurs, il serait avisé de ne pas le faire. Ainsi, dans l'hypothèse où l'assurée formait opposition à la décision formelle que l'assurance devra lui notifier sans délai, il serait loisible aux parties de suspendre l'opposition d'accord entre elles jusqu'à doit jugé au pénal ou devant le Tribunal arbitral dans la cause opposant le Dr L_____ à divers assureurs. L'assurée peut aussi céder sa créance contre l'assurance au médecin mis en cause. Le recours, bien fondé, est admis et l'assurance est invitée à rendre une décision formelle sans délai. La recourante, qui obtient gain de cause, a en principe droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour de céans fixe, compte tenu de l'activité déployée, à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet, constate que l'intimée a commis un déni de justice en ne notifiant pas de décision formelle à la recourante concernant le remboursement des factures du Dr L_____ des 26 novembre 2008 et 28 février 2009. Ordonne à l'intimée de statuer à bref délai. Dit que la procédure est gratuite. Condamne l'intimée à payer à la recourante une indemnité de 1'500 fr. au titre de dépens. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la

santé publique par le greffe le

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