

## **GE\_GERICHTE A/3328/2012 vom 26. Juni 2013**

GE Cour de justice, 2013-06-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3328\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3328_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/3328/2012 du 26 juin 2013

IT: GE\_GERICHTE A/3328/2012 del 26 giugno 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

ème Chambre En la cause Madame P \_\_\_\_\_, domiciliée à PUPLINGE, représentée par Monsieur P \_\_\_\_\_ recourante contre GROUPE MUTUEL \* MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, Service juridique, sis rue des Cèdres 5, MARTIGNY \* Rectification d'une erreur matérielle le 12.07.2013/BJU/WMH intimé EN FAIT 1. En date du 9 novembre 2011, Madame P \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante) a résilié son assurance obligatoire des soins auprès d'INTRAS avec effet au 31 décembre 2011 en indiquant que sa nouvelle assurance lui enverra une attestation.![endif]>![if> 2. Par déclaration d'adhésion signée le 4 décembre 2011, l'assurée s'est affiliée auprès de la MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA (ci-après l'assureur ou l'intimé) dès le 1 er janvier 2012. Selon le certificat d'assurance établi le 4 janvier 2012 par l'assureur, la prime mensuelle pour l'assurance obligatoire des soins, avec une franchise annuelle de 300 fr., s'élève à 394 fr. 50, sous déduction des taxes fédérales de 0 fr. 20. L'assurée a contracté également une assurance combinée d'hospitalisation (HC), une assurance complémentaire des soins spéciaux (SP) Vitalis, l'assurance Mundo (Mu) et une assurance de protection juridique du patient Legis (LG) selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) auprès du GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA (police d'assurance no. \_\_\_\_\_). Le montant total des primes s'élève à 412 fr. ![endif]>![if> 3. Par courrier du 22 décembre 2011, l'assureur a demandé à l'assurée de lui communiquer le nom de son ancienne caisse-maladie.![endif]>![if> 4. INTRAS n'ayant pas reçu d'attestation d'assurance du nouvel assureur a informé l'assurée, par courrier du 1 er mai 2012, que sa couverture d'assurance obligatoire des soins reste en vigueur auprès d'elle et que la résiliation interviendra pour le mois suivant la réception de l'attestation. ![endif]>![if> 5. Interpellé par l'assurée quant à la fin de son affiliation auprès de son ancien assureur, l'assureur a adressé une confirmation d'affiliation à INTRAS en date des 7 et 24 mai 2012. ![endif]>![if> 6. Par courriers des 16 et 29 mai 2012, INTRAS communique à l'assurée que l'attestation lui étant parvenue qu'au mois de mai, sa démission est reportée au 31 mai 2012. Selon un rappel du 16 juin 2012, l'assurée restait devoir à INTRAS un montant de 1'996 fr. 45 au 31 mai 2012. ![endif]>![if> 7. Le 24 mai 2012, l'assureur a transmis un nouveau certificat d'assurance avec couverture LAMal dès le 1 er juin 2012 à l'assurée, cependant à une adresse erronée.![endif]>![if> 8. Les parties ont échangé de nombreuses correspondances. Le 5 juillet 2012, l'assurée explique à l'assureur son problème de double affiliation constaté depuis le début de l'année 2012. ![endif]>![if> 9. Par courrier du 14 août 2012, expédié toujours à une adresse erronée, l'assureur a confirmé à l'assurée l'entrée en vigueur de son assurance obligatoire des soins au 1 er juin 2012.![endif]>![if> 10. En date du 16 août 2012, l'assurée s'est adressée à la direction de l'assureur, faisant part de son mécontentement. Puis, par courrier du 6 septembre 2012, elle a exigé le remboursement de la prime du mois de juin 2012, au motif que sa couverture

auprès de l'assureur prenait effet au 1<sup>er</sup> juillet 2012.![endif]>![if> 11. Le 21 septembre 2012, l'assureur a adressé un décompte à l'assurée, précisant notamment que les primes d'assurance obligatoire des soins des mois de janvier à mai 2012 lui ont été restituées. Le 24 octobre 2012, il lui confirme que la différence des primes pour les mois de janvier à mai 2012 entre les tarifs d'INTRAS et les siens lui sera restituée.![endif]>![if> 12. Par acte du 1<sup>er</sup> octobre 2012, l'assurée a saisi la Cour de justice, Chambre des assurances sociales, d'un "recours pour déni de justice et demande en paiement" à l'encontre du GROUPE MUTUEL et MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA. Elle a conclu à ce que GROUPE MUTUEL soit condamné à lui rembourser la différence des primes de l'assurance-obligatoire, soit 263 fr. 50 pour cinq mois, avec intérêts à 5 %, à lui payer la somme de 110 fr. à titre de remboursement de frais et 1'000 fr. à titre de réparation pour tort moral, dépens et dommages-intérêts (cause A/2971/12).![endif]>![if> 13. Le 30 octobre 2012, l'assureur a rendu une décision formelle suite à la demande en paiement relative aux frais et dédommagement requis par l'assurée le 1<sup>er</sup> octobre 2012. S'agissant du dommage subi, il relève que l'assurée n'a adressé à la caisse aucun justificatif ou note de frais détaillés. Quant à une éventuelle réparation d'un tort moral, aucun dommage n'a été causé illicitement à l'assurée. Enfin, s'agissant de la responsabilité, rien ne permet d'affirmer que l'assurée a subi un quelconque dommage. Par conséquent, seul le différentiel des primes entre INTRAS et MUTUEL ASSURANCES pourrait constituer un dommage. Or, ce montant a été entièrement restitué dès que l'assureur a été en mesure de constater le montant des primes d'INTRAS. L'assureur a refusé le paiement de 1'110 fr. exigé par l'assurée.![endif]>![if> 14. L'assurée, représentée par Monsieur P \_\_\_\_\_, interjette recours auprès de la Cour de céans, par pli daté du 2 novembre 2012, posté le 4 novembre 2012. Elle allègue que contrairement à ce que soutient l'assureur, le différentiel des primes n'a pas été remboursé, de sorte qu'elle s'oppose à la décision.![endif]>![if> 15. Par courrier complémentaire du 19 novembre 2012, la recourante a communiqué à la Cour de céans copie de son courrier adressé à l'intimé, daté du 16 novembre 2012, et relève qu'elle s'est acquittée d'un montant total de 1'200 fr. entre le 17 octobre et le 14 novembre 2012, de sorte qu'elle ne doit plus un seul centime à cet assureur de mauvaise foi.![endif]>![if> 16. Dans sa réponse du 4 décembre 2012, l'assureur invoque préalablement l'irrecevabilité du recours déposé en date du 2 novembre 2012, motif pris qu'il n'est pas motivé et ne comporte pas de conclusions. Dans l'hypothèse où le tribunal devait considérer le recours comme recevable, l'intimé relève en substance que la présente procédure ne porte que sur la demande de l'assuré au remboursement de frais pour un montant de 110 fr. et à un dédommagement de 1'000 fr. pour tort moral. L'intimé expose qu'au mois d'octobre, elle a restitué à la recourante la somme de 236 fr., représentant la différence entre la prime mensuelle d'INTRAS (441 fr. 80) et de la sienne (394 fr. 50), soit 47 fr. 30 par mois. Quant aux autres frais estimés par la recourante à 104 fr. , arrondis à 110 fr., l'intimé précise que l'assurée n'a jamais présenté aucune facture tendant à prouver un quelconque dommage. Enfin, s'agissant du tort moral, aucun dommage n'a été causé illicitement à l'assurée, ce que la recourante ne prétend d'ailleurs pas. L'intimé conclut au rejet du recours.![endif]>![if> 17. Par arrêt du 16 janvier 2013, entré en force, la Cour de céans a rejeté le recours pour déni de justice interjeté par l'assurée le 1<sup>er</sup> octobre 2012 ( ATAS/26/2012 ).![endif]>![if> 18. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties qui s'est tenue en date du 30 janvier 2013, la recourante a confirmé avoir été remboursée par l'assureur de la différence de primes. Pour le surplus, elle a déclaré avoir envoyé à l'assureur la liste des frais dont elle réclame le remboursement. Il s'agit de 29 pièces avec un bordereau, figurant sous pièces 26 et 27 de

son chargé.![endif]>![if> L'assureur a déclaré être prêt à prendre en charge les frais prouvés, soit les 60 fr. de consultation ASSUAS et les 11 fr. pour la lettre recommandée avec avis de réception qui lui a été envoyée. Il refusait cependant de payer les 110 fr. réclamés par la recourante. La recourante a expliqué que la différence entre les 72 fr. et les 110 fr. réclamés correspond à la multitude de lettres qu'elle a dû envoyer à l'intimé par plis recommandés, ainsi que les appels téléphoniques. Quant aux 1'000 fr. réclamés à titre de dédommagement pour tort moral, ils sont dus à des factures de médecin à cause du stress. Elle avait dû en effet consulter un ostéopathe en raison de douleurs dorsales, factures qui n'ont pas été prises en charge par l'assurance de base, ni par l'assurance complémentaire, car elle n'était pas assurée pour ces frais. L'intimé a relevé qu'il n'y a pas de documents médicaux attestant que les frais d'ostéopathe ont été engendrés par un stress dû à une double affiliation. Il n'entrait pas en matière en ce qui concerne l'indemnité pour tort moral. 19. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. ![endif]>![if> EN DROIT 1. 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<sup>er</sup> 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).![endif]>![if> 2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.![endif]>![if> 3. a) Les décisions sur opposition et celles contres lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouvertes sont sujettes à recours dans le délai de 30 jours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 ss LPGA).![endif]>![if> En l'occurrence, l'intimé a rendu une décision fondée sur l'art. 78 LPGA, contre laquelle la voie de l'opposition n'est pas ouverte (cf. art. 78 al. 4 LPGA). Par conséquent, elle peut être contestée directement auprès de la Cour de céans, compétente à raison du lieu (cf. art. 58 al. 1 LPGA). b) L'intimé conclut à l'irrecevabilité du recours, dès lors qu'il n'est pas motivé et ne comporte pas de conclusions. L'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et motifs invoqués, ainsi que des conclusions (cf. art. 61 let. b LPGA; art. 89B al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA; RS E 5 10). La règle de l'art. 61 let. b LPGA - applicable d'office - découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales (cf. ULRICH MEYER-BLASER, La LPGA - Les règles de procédure judiciaire, in: La Partie générale du droit des assurances sociales, Colloque de l'IRAL 2002, Lausanne 2003, p. 32). C'est pourquoi le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours. A cet égard, la jurisprudence a précisé qu'il y a lieu d'accorder un délai convenable en application de l'art. 61 let. b LPGA non seulement dans les cas où l'acte de recours est insuffisamment motivé mais également en l'absence de toute motivation pour autant que le recourant ait clairement exprimé sa volonté de recourir contre une décision déterminée dans le délai légal de recours; demeure toutefois réservé l'abus de droit (ATF 134 V 162 ; arrêt 9C\_248/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1; voir également UELI KIESER, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 193 p. 299). En l'espèce, si l'acte de recours est effectivement succinct, il n'en demeure pas moins que la recourante a clairement indiqué s'opposer à la décision de refus de l'intimée. Contrairement au grief soulevé par l'intimé, la Cour de céans considère que l'acte déposé par la recourante est suffisant pour en admettre la recevabilité du point de vue formel. Au vu de ce qui précède,

le recours, interjeté dans le délai de 30 jours dès la notification de la décision, est recevable.

4. Le recours porte sur la demande de remboursement de frais à hauteur de 110 fr. et à l'octroi d'un montant de 1'000 fr. à titre de réparation pour tort moral, dépens et dommages-intérêts. 5. a) Conformément à l'art. 78 a LAMAL, l'institution commune, les assurés et les tiers doivent faire valoir leurs prétentions en réparation au sens de l'art. 78 LPGA auprès de l'assureur, qui statue sur celles-ci par voie de décision. En vertu de l'art. 78 al. 12 LPGA, les corporations de droit public, les organisations fondatrices privées et les assureurs répondent, en leur qualité de garants de l'activité des organes d'exécution des assurances sociales, des dommages causés illicitement à un assuré ou à des tiers par leurs organes d'exécution ou par leur personnel. La responsabilité instituée par l'art. 78 LPGA est subsidiaire en ce sens qu'elle ne peut intervenir que si la prétention invoquée ne peut pas être obtenue par les procédures administrative et judiciaire ordinaires en matière d'assurances sociales ou en l'absence d'une norme spéciale de responsabilité du droit des assurances sociales, comme par exemple les art. 11 LAI, 6 al. 3 LAA ou encore 18 al. 6 LAM (voir KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, n. 3 et 4 ad art. 78). b) Selon l'art. 20 al. 1 de la loi du 14 mars 1958 sur la responsabilité de la Confédération, des membres de ses autorités et de ses fonctionnaires (Loi sur la responsabilité, LRFC; RS 170.32), auquel renvoie l'art. 78 al. 4 LPGA, la responsabilité de la Confédération (en l'espèce l'assureur) s'éteint si le lésé n'introduit pas sa demande de dommages-intérêts ou d'indemnité à titre de réparation du tort moral dans l'année à compter du jour où il a eu connaissance du dommage. Il s'agit d'un délai de péremption, et non de prescription, lequel ne peut être interrompu, mais uniquement sauvegardé par le dépôt en temps utile de la demande. Par «connaissance du dommage», il faut entendre une connaissance telle que le demandeur puisse agir utilement, ce qui implique qu'il connaisse non seulement le dommage au sens strict, mais encore les autres conditions permettant de mettre en cause la responsabilité de la Confédération (ATF 108 Ib 98 consid. 1b; consid. 2a de l'arrêt 5A.3/1999 du 18 janvier 2000 non publié aux ATF 126 II 63). c) Les conditions de l'action en responsabilité sont l'existence d'un dommage, un acte illicite, soit la transgression par l'administration d'une norme écrite ou non écrite et une relation de causalité adéquate entre les deux (cf. KOLLY, OFAS, Responsabilité et recours dans la LPGA, in Journée des tribunaux cantonaux des assurances sociales consacrée à la LPGA, du 6 novembre 2002). L'art. 78 al. 1 er LPGA institue une responsabilité causale et ne présuppose donc pas une faute d'un organe de l'institution d'assurance (KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, n. 25 ad art. 78). En cela, il s'écarte de la décision du Conseil des États qui souhaitait limiter la responsabilité aux cas d'actes tombant sous le coup du droit pénal et du non-respect intentionnel ou par négligence grave des dispositions légales (FF 1991 II 204). Il appartient aux lois spéciales de déterminer quelle autorité est compétente et pour quelle assurance (ATF 133 V 14 consid. 5). L'illicéité au sens de l'art. 3 al. 1 LRFC (auquel renvoie l'art. 78 al. 4 LPGA) suppose la violation par l'Etat au travers de ses organes ou agents d'une norme protectrice des intérêts d'autrui en l'absence de motifs justificatifs (consentement, intérêt public prépondérant, etc.). L'illicéité peut d'emblée être réalisée si le fait dommageable découle de l'atteinte à un droit absolu (vie, santé ou droit de propriété). Elle peut encore résulter de la violation d'une norme de comportement tendant à protéger d'autres intérêts juridiques (patrimoine) si le fait dommageable découle d'une atteinte à un de ces intérêts, voire de la violation d'une prescription importante des devoirs de fonction si l'atteinte procède d'un acte juridique (jugement) ou de la violation de principes généraux du droit. Une omission peut constituer

un acte illicite uniquement s'il existe une disposition la sanctionnant ou imposant de prendre la mesure omise. Ce chef de responsabilité suppose que l'Etat se trouve dans une position de garant à l'égard du lésé et que les prescriptions déterminant la nature et l'étendue de ce devoir aient été violées (ATF 137 V 76 consid. 3.2; ATF 133 V 14 consid. 8.1 et les références; ATF 132 II 305 consid. 4.1; ATF 118 Ib 476 consid. 2b; FRÉSARD-FELLAY, Une responsabilité objective nouvelle: la responsabilité de l'assureur social [art. 78 LPGA], REAS 2007 p. 180). 6. En vertu de l'art. 7 al. 5 LAMal, l'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier de la différence de prime. Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus. 7. En l'espèce, il convient de relever préalablement que la recourante a réclamé à l'intimé le remboursement de ses frais et la réparation de son dommage par acte du 1<sup>er</sup> octobre 2012. Partant, elle a agi dans le délai de péremption d'un an, de sorte que c'est à bon droit que l'intimé est entré en matière sur sa demande. 8. La recourante reproche à l'intimé de n'avoir pas communiqué l'attestation d'assurance à son ancienne caisse-maladie, ce qui a entraîné une double affiliation. Par la suite, elle a dû intervenir à de multiples reprises auprès de l'intimé, par courrier ou par téléphone. Enfin, elle a dû consulter un ostéopathe, en raison de douleurs dorsales dues au stress engendré par la situation, dont les frais n'ont pas été pris en charge par l'intimé. Pour tous ces frais, elle soutient avoir subi un préjudice à hauteur de 104 fr., arrondi à 110 fr. et se réfère à son chargé de pièces. Il n'est pas contesté que l'intimé n'a pas communiqué à temps l'attestation d'assurance à l'ancien assureur, ce qui a eu pour conséquence que la recourante est demeurée affiliée auprès de l'ancien assureur jusqu'au 31 mai 2012. Ce dernier lui a réclamé le paiement des primes, plus élevées, pour cette période, alors qu'elle s'était acquittée des primes auprès de l'intimé. Contrairement à ce que l'intimé soutient, l'omission de communiquer l'attestation à l'ancien assureur constitue un acte illicite. En effet, d'une part, la communication prévue par l'art. 7 al. 5 LAMal doit se faire directement du nouvel assureur à l'ancien (ATF 130 V 448 consid. 5<sup>é</sup> p. 457). D'autre part, le but de cette disposition, outre le fait d'assurer une bonne coordination entre les assureurs sociaux, est d'éviter l'interruption de la couverture de l'assurance obligatoire des soins de l'assuré, mais aussi une double affiliation. En l'occurrence, la Cour de céans constate que les conditions de la responsabilité prévues par l'art. 78 al. 1 LPGA - en particulier un acte illicite et un lien de causalité entre l'omission et le dommage subi - sont réalisées. Par conséquent, l'intimé est tenu de réparer le dommage subi par la recourante. 9. L'intimé admet avoir commis des erreurs dans le traitement du dossier de la recourante, raison pour laquelle il lui a restitué la différence des primes de l'assurance-obligatoire des soins. Pour le surplus, il se déclare prêt à lui rembourser les frais dûment prouvés par pièces, soit 60 fr. pour une consultation d'association de défense des assurés et 11 fr. pour la lettre recommandée avec accusé de réception. Selon les justificatifs produits, la recourante a payé 60 fr. le 13 septembre 2012 pour une consultation à l'ASSUAS et 11 fr. de frais de poste pour un courrier recommandé avec accusé de réception notifié à l'intimé le 20 août 2012. L'intimé est ainsi tenu de prendre en charge ces frais, ce qu'il admet d'ailleurs. La recourante demande également le remboursement de 11 fr. de frais pour un courrier recommandé avec avis de réception notifié le même jour à INTRAS CSS. La Cour de céans constate que ce courrier, adressé à l'ancienne caisse-maladie, est étroitement lié au fait que l'intimé n'avait

pas communiqué l'attestation d'assurance à temps, de sorte qu'INTRAS a, conformément à l'art. 7 al. 5 LAMal, reporté la résiliation jusqu'au 31 mai 2012, ce qui a entraîné une double affiliation durant cinq mois. En outre, la recourante ne s'est vue rembourser la différence des primes qu'en octobre 2012. Par conséquent, il se justifie de mettre ces frais à charge de l'intimé. Quant aux autres frais réclamés, bien que la recourante n'ait pas produit de justificatifs postaux, la Cour de céans relève, au vu des pièces du dossier, qu'elle a adressé en date des 5 juillet et 16 août 2012 deux courriers recommandés, sans produire la quittance postale, ainsi qu'un autre courrier daté du 6 septembre 2012. En l'absence de justificatifs postaux, il convient cependant d'admettre que ces trois courriers, dûment reçus par l'intimé, ont été postés selon toute vraisemblance par courrier prioritaire. Par conséquent, c'est un montant de 3 fr. qu'il convient de mettre à charge de l'intimé. Concernant les frais de téléphone et de photocopies, la recourante ne produit aucun justificatif, de sorte qu'elle ne peut en obtenir le remboursement. La recourante demande encore le remboursement des frais de traitement d'ostéopathie, non pris en charge par l'assurance, alléguant avoir dû consulter en raison de douleurs dorsales dues au stress engendré par la situation. Hormis les factures de l'ostéopathe, la recourante ne produit toutefois aucun document permettant d'admettre que tel a été le cas. Par conséquent, elle n'est pas fondée à demander le remboursement desdites factures. 10. Reste encore à examiner la prétention de la recourante à une indemnité pour tort moral de 1'000 fr. L'intimé considère qu'il n'y a pas lieu à l'octroi d'une indemnité pour tort moral, dès lors qu'il n'a commis aucun acte illicite. La Cour de céans relève toutefois que la réparation prévue en cas de violation des règles relatives au changement d'assureur ne s'étend qu'au dommage matériel subi, en particulier la différence de prime (art. 7 al. 5 LAMal). Si l'omission de l'intimé a causé quelques désagréments à la recourante, on ne voit pas de quel tort moral elle pourrait se prévaloir. La recourante est déboutée sur ce point. 11. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. Aux termes de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. Selon la jurisprudence, le point de savoir si et à quelles conditions une partie a droit à des dépens en instance cantonale de recours lorsqu'elle obtient gain de cause relève du droit fédéral (cf. ATF 129 V 113 consid. 2.2 p. 115 et les arrêts cités). La fixation du montant de l'indemnité de dépens ressortit en revanche au droit cantonal. En l'espèce, la recourante n'a pas engagé des frais pour défendre ses intérêts. Elle a été assistée par son père, qui l'a assistée gratuitement. Par conséquent, faute de justification économique, il n'y a pas lieu à l'allocation de dépens (cf. ATF 126 V 11 ). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H LPA). 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.