

GE_GERICHTE ATAS/1012/2006 vom 8. November 2006

GE Cour de justice, 2006-11-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1012_2006

FR: GE_GERICHTE ATAS/1012/2006 du 8 novembre 2006

IT: GE_GERICHTE ATAS/1012/2006 del 8 novembre 2006

Erwägungen

E. 14

L'assurée, dans sa réplique du 20 janvier 2006, met en doute les estimations du médecin-conseil de SWICA quant au coût des opérations chirurgicales à charge des assurances-maladie et considère que l'intervention doit être prise en charge par l'assurance-maladie, dès lors qu'elle présentait des limitations fonctionnelles, notamment une gêne en position assise. D'autre part, son état psychologique était très clairement en lien avec la lipodystrophie il s'est amélioré après l'intervention chirurgicale et non après l'arrêt de la trithérapie. Elle sollicite l'audition de la Dresse A_____.

E. 15

SWICA a persisté dans ses conclusions.

E. 16

Le Tribunal a convoqué les parties en audience de comparution personnelle qui s'est tenue le 31 mai 2006. La recourante a expliqué qu'elle avait commencé un traitement de KALETRA en 1997 ; au bout de quelques mois, elle a constaté que ses bras et ses jambes s'étaient affinées au point que les veines de ses bras ressortaient, alors que son abdomen avait gonflé et qu'une masse grasseuse s'est installée. Elle en a parlé avec son médecin traitant, la Dresse C_____, qui l'a alors informée qu'il s'agissait des effets secondaires du traitement. Elle a aussi appris que même après la cessation du traitement, la lipodystrophie ne disparaissait pas. Le seul traitement pour enlever la masse grasseuse de l'abdomen est la

A/3932/2005 - 6/15 - lipoaspiration. Elle a déclaré que la lipodystrophie lui a causé des problèmes psychologiques, car ses bras et ses jambes étaient tellement maigres qu'elle n'osait plus porter des vêtements sans manches ou des jupes courtes. Dans le même temps, la masse grasseuse s'était accumulée au niveau de son ventre et elle devait supporter les questions de tiers qui lui demandaient si elle attendait un enfant. Cette situation l'avait perturbée, car elle souhaitait ardemment avoir un enfant et elle avait subi douze inséminations artificielles, sans succès. Elle craignait de sortir et de devoir affronter les questions des autres personnes. Elle a enduré cette situation durant quatre ans.

L'intervention a changé complètement l'aspect extérieur de son corps et elle se sent bien mieux dans sa tête. SWICA a confirmé qu'elle n'avait encore jamais pris en charge des cas de ce genre. De son point de vue, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle, ni de suivi psychiatrique particulier et la lipodystrophie ne concernait pas une partie visible du corps. L'intervention ne peut en conséquence être à charge de l'assurance-maladie.

E. 17

Le Tribunal de céans a ordonné des enquêtes et procédé à l'audition des Drs B _____, A _____ et C _____ en date du 27 juin 2006. La Dresse C _____ a expliqué que sa patiente était sous traitement de trithérapie de 1966 à 2003 dont les effets secondaires avaient causé une atrophie du tissu graisseux sous-cutané des bras et des jambes. En novembre 2003, le traitement a été changé, car la patiente entreprenait des démarches concrètes sous forme d'inséminations pour avoir un enfant et il s'agissait d'éviter des effets secondaires importants. Suite à ce traitement, la patiente a pris beaucoup de poids, passant de 73 kg en mai 2003 avec un périmètre abdominal de 85 cm à 85 kg en septembre 2004 avec un périmètre abdominal de 104 cm. Malgré l'arrêt de tous les traitements en septembre 2004, la patiente n'a pas retrouvé son état antérieur, tant en ce qui concerne la dystrophie périphérique que la lipodystrophie abdominale. S'agissant de cette dernière, la Dresse C _____ a précisé cependant qu'après l'intervention de mars 2005, l'état s'est beaucoup amélioré, avec un périmètre abdominal de 94 cm. La patiente était catastrophée par cette prise de poids et a vécu très difficilement cette période ; elle était en effet dans un état de stress et de conflit psychique très important car les tentatives pour avoir un enfant ont échoué alors que dans le même temps elle était difforme. Cet état de stress a amené à de nombreuses consultations de soutien et finalement à la décision de cesser tout traitement, malgré le risque. Le médecin a précisé que durant les premières années, de 1997 à 2001, les effets secondaires des médicaments anti-viraux ont été insuffisamment pris en compte par le milieu médical. S'agissant de la recourante, la Dresse C _____ a précisé que la lipodystrophie abdominale très importante constituait un cas isolé, la majorité des patients présentant une lipodystrophie au niveau du visage et des bras.

A/3932/2005 - 7/15 - La Dresse A _____ a confirmé que la lipodystrophie abdominale de la recourante était très importante et qu'il y avait un décalage entre le visage, les bras, les membres inférieurs et le tronc, donnant l'impression qu'elle était enceinte. Il y avait un important dépôt graisseux sous-cutané, secondaire à la trithérapie. Elle a pratiqué une liposuction, qui n'est pas une chirurgie lourde, car il n'y a pas d'autre solution pour cette pathologie. Le Dr B _____ a déclaré qu'il avait examiné la recourante après l'intervention. Les photographies disponibles avant l'intervention sont subjectives. Il se fonde sur le rapport opératoire dont il résulte que 1,2 litre de graisse a été extraite ; or, selon ses calculs, en partant d'un diamètre abdominal de 30 cm, cela correspond à une augmentation de diamètre de moins d'un centimètre, de sorte qu'une telle quantité de masse graisseuse enlevée ne peut expliquer, à elle seule, l'importance de la réduction du périmètre abdominal telle que décrite par la Dresse C _____. Le médecin-conseil a admis qu'il était tout à fait possible que l'assurée ait subi une souffrance psychique dans le contexte de ses démarches pour être enceinte. Toutefois, selon lui, la prise de poids est multifactorielle et il est difficile, dans le cas de l'assurée, d'établir un lien de causalité exclusif entre la trithérapie, la lipodystrophie et la prise de poids. Sur question, il a confirmé que l'effet bénéfique des trithérapies est tel que les médecins ont relégué au second plan les effets secondaires liées à certaines molécules.

E. 18

Dans ses conclusions après enquêtes du 20 juillet 2006, SWICA persiste dans ses conclusions, précisant au surplus que le rapport opératoire fait état, en plus de la trithérapie, d'un facteur héréditaire. Elle produit en annexe un rapport complémentaire établi par son médecin-conseil le 10 juillet 2006.

E. 19

Dans ses écritures du 27 juillet 2006, la recourante conclut à l'admission du recours, considérant que les enquêtes ont démontré que la lipodystrophie abdominale, en tant qu'effet secondaire de la trithérapie, était très importante, qu'elle avait entraîné une souffrance psychique et qu'il n'existait pas d'autre alternative que l'intervention chirurgicale, ajoutant que ce type d'intervention est pris en charge par la sécurité sociale française.

E. 20

Les écritures ont été communiquées aux parties le 3 août 2006. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

E. 21

Pour le surplus, les divers allégués des parties ainsi que les éléments pertinents résultant du dossier et de l'instruction seront repris, en tant que de besoin, dans la partie en droit ci-après.

A/3932/2005 - 8/15 -

EN DROIT 1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs. 2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (cf. art. 56 et 60 LPGA). 4. Le litige porte sur la question de la prise en charge des frais liés à une opération sous forme de lipectomie abdominale, qui a consisté à extraire une masse graisseuse due à une lipodystrophie. 5. L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 (art. 24 LAMal). A ce titre, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 (art. 34 al. 1 LAMal). Selon l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (cf. art. 3 al. 1 LPGA). La notion de maladie, au sens de cette disposition légale, correspond à celle que la jurisprudence avait développée sous l'empire de la LAMA et que le législateur a codifiée (cf. ATFA du 2 juin 2004 I 127/04). Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a ainsi considéré qu'on ne saurait parler de maladie, dans un cas concret, s'il n'existe aucun

A/3932/2005 - 9/15 - trouble dû à des phénomènes pathologiques (ATF 121 V 293, consid. 2b, 304 consid. 3 et les références; ATF 116 IV 128 consid. 2a). Les prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un

établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (art. 25 al. 2 let. a LAMal). Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont examinés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal). Selon l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. Cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal. Il incombe ainsi au Conseil fédéral de dresser une liste «négative» des prestations qui ne répondraient pas à ces critères ou qui n'y répondraient que partiellement ou sous conditions. A l'art. 33 OAMal et comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué à son tour cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI) qui en a fait usage en promulguant, le 29 septembre 1995, l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31). Cette ordonnance détermine notamment les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal - disposition qui reprend textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal - dont l'assurance-maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge. La liste «négative» des prestations, soit de celles qui ne sont pas prises en charge par l'assurance-maladie ou ne le sont que sous condition, figure ainsi à l'annexe 1 OPAS (art. 1er OPAS) (ATF 129 V 173 consid. 4, 125 V 29 consid. 5b). L'annexe 1 à l'OPAS porte uniquement sur les prestations visées à l'art. 33 let. a et c OAMal qui ont fait l'objet d'un examen par la Commission des prestations et dont l'assurance prend en charge les coûts, ne les prend qu'à certaines conditions ou pas du tout (art. 1er OPAS). En présence de prestations fournies par un médecin (ou par un chiropraticien), qui n'ont pas été soumises à l'avis de la commission (art. 33 al. 3 LAMal et 33 let. c OAMal), il convient donc d'appliquer la présomption légale que le traitement répond aux exigences de la loi quant à son efficacité, son caractère approprié et économique. En effet, nombre de traitements remplissent ces conditions sans pour autant figurer dans l'annexe 1 à l'OPAS.

A/3932/2005 - 10/15 - Si, dans un cas concret, l'assureur prétend qu'un traitement (non examiné par la Commission des prestations) ne répond pas aux conditions requises, parce qu'il est nouveau, que son efficacité n'est pas reconnue ou qu'il est controversé, cet assureur ne saurait, sans autre examen, en refuser la prise en charge qui lui est demandée par l'assuré. Il lui appartient, en sa qualité d'organe d'exécution de la LAMal, de déterminer si ce traitement est couvert par la présomption légale ou s'il est médicalement contesté. En d'autres termes, l'assureur ne peut opposer un refus à l'assuré au seul motif que le traitement n'est pas mentionné dans l'OPAS et tant et aussi longtemps que la Commission des prestations n'a pas délivré un avis positif (sur ces divers points, voir ATF 129 V 173 consid. 4). 6. En principe, les défauts esthétiques en tant que conséquence d'une maladie ou d'un accident n'ont pas valeur de maladie. Au sujet des traitements chirurgicaux, le TFA considère cependant qu'une opération sert non seulement à la guérison proprement dite de la maladie ou des suites immédiates d'un accident, mais aussi à l'élimination d'autres atteintes, secondaires, dues à la maladie ou à un accident, notamment en permettant de corriger des altérations externes de certaines parties du corps - en particulier le visage - visibles et spécialement sensibles sur le plan esthétique; aussi longtemps que subsiste une imperfection

de ce genre due à la maladie ou à un accident, ayant une certaine ampleur et à laquelle une opération de chirurgie esthétique peut remédier, l'assurance doit prendre en charge cette intervention, à condition qu'elle eût à répondre également des suites immédiates de l'accident ou de la maladie. Il faut également réserver les situations où l'altération, sans être visible ou particulièrement sensible ou même sans être grave, provoque des douleurs ou des limitations fonctionnelles qui ont clairement valeur de maladie. Ainsi des cicatrices qui provoquent d'importantes douleurs ou qui limitent sensiblement la mobilité (sur ces divers points, voir ATF 121 V 119, 111 V 232 consid. 1c, 102 V 71 consid. 3; Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 87). 7. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'intervention chirurgicale subie par la recourante ne figure pas dans la liste OPAS, ni à son annexe 1. Il convient en conséquence de déterminer si elle peut être prise en charge par l'assurance-maladie. L'intimée estime que l'opération subie par la recourante relève de la chirurgie esthétique et se réfère à l'avis de son médecin-conseil, selon lequel la lipodystrophie était discrète, qu'elle ne touchait pas une partie visible du corps et particulièrement sensible, qu'elle n'engendrait pas de limitation fonctionnelle et, enfin, qu'il n'est pas établi que l'état psychologique était altéré qu'en raison de la lipodystrophie. De surcroît, la quantité de graisse enlevée lors de l'intervention n'explique pas, à elle seule, une variation de poids de huit kilos et d'autres facteurs entrent en ligne de compte, tels que l'arrêt du traitement et une modification de l'hygiène de vie.

A/3932/2005 - 11/15 - Pour la Dresse C _____, médecin traitant de la recourante, spécialiste du sida, la lipodystrophie abdominale de sa patiente est sans aucun doute due aux effets secondaires de la trithérapie administrée en raison de l'affection VIH. Elle a expliqué que la recourante avait été sous traitement de trithérapie de 1996 à mai 2003 dont les effets avaient entraîné en premier lieu une atrophie du tissu sous-cutané des bras et des jambes. En mai 2003, le traitement a été modifié et la patiente a bénéficié d'une trithérapie sans anti-protéase et sans Zerit; ce traitement devait en principe poser moins de problèmes quant aux effets secondaires, s'agissant plus particulièrement de l'atrophie. En novembre 2003, le traitement a de nouveau été modifié, car la recourante souhaitait concevoir un enfant et des inséminations artificielles étaient en cours. Or, les études scientifiques avaient montré qu'avec le Videx, il existait un risque, pour les femmes enceintes, de développer une maladie hépatique sévère. De surcroît, la recourante présentait des troubles de la sensibilité des pieds et des mains, dus au Videx. Or, dès le changement de traitement, la prise de poids a été rapide, passant de 73 kg en mai 2003 avec un périmètre abdominal de 85 cm, à 78 kg et 98 cm de périmètre abdominal en novembre 2003 et 85 kg et 104 cm de périmètre abdominal en septembre 2004, date à laquelle la décision a été prise d'arrêter le traitement qui avait entraîné une obésité sous forme de dépôt graisseux abdominal. Le médecin traitant a précisé que sa patiente était catastrophée et qu'elle a vécu très difficilement cette prise de poids sur le plan psychique. En effet, elle était en période de démarches actives pour avoir un enfant - qui n'ont pas abouti - alors qu'en même temps elle était difforme. Cet état de stress très important a nécessité de très nombreuses consultations de soutien. 8. La question de la prise en charge, par l'assurance-maladie obligatoire, de corrections chirurgicales a donné lieu à une abondante jurisprudence. Dans ce contexte, le TFA s'est surtout attaché à délimiter les cas qui relèvent de la chirurgie esthétique où le but principal de l'intervention est de rendre une partie du corps plus belle ou plus conforme aux mensurations idéales, de ceux qui - bien que l'aspect esthétique n'en soit pas absent - doivent être considérés comme ayant valeur de maladie d'après la loi et, par conséquent, être couverts par

l'assurance-maladie. Ainsi, en ce qui concerne les oreilles décollées, le TFA a jugé que ce défaut esthétique ne présente pas comme tel le caractère de maladie au sens de la LAMA (RJAM 1983 n° 529 p. 96 consid. 2). Aussi a-t-il admis que la correction opératoire d'oreilles décollées ne constituait pas une prestation obligatoire à charge de l'assurance-maladie si l'existence d'un rapport de causalité avec d'autres troubles organiques ou psychiques, voire psychosomatiques, ayant valeur de maladie, n'était pas grandement vraisemblable. Le TFA a confirmé l'actualité de ces principes jurisprudentiels dans un arrêt G. du 11 novembre 2003, I 457/03, consid. 6, après avoir examiné la problématique des oreilles décollées sous l'angle des mesures médicales de l'AI. De même, l'élimination chirurgicale des plis du ventre après une cure d'amaigrissement prise en charge de l'assureur est une mesure qui relève de la

A/3932/2005 - 12/15 - chirurgie esthétique n'ouvrant pas droit aux prestations de l'assurance-maladie (RAMA 1985 no K 638 p. 197). Enfin, l'opération de chirurgie reconstructive dans le cas d'un excès cutané-graisseux avec des replis cutanés suite à la pose d'un "by-pass" gastrique n'est pas à la charge de l'assurance-obligatoire des soins, lorsqu'elle n'est pas justifiée par un état pathologique, qu'il n'y a pas d'indication médicale selon les médecins dermatologues et qu'il n'est pas possible d'établir un lien de causalité entre les troubles dépressifs et les séquelles morphologiques de l'opération ayant conduit à l'amaigrissement (ATFA du 22 juin 2005 K 50/05). Dans le cas d'espèce, le TFA a jugé que l'intervention visait principalement à corriger un défaut esthétique qui ne touche pas une partie visible du corps et particulièrement sensible. En revanche, l'opération de réduction du sein, qui bien que ne figurant pas dans le catalogue de l'OPAS, constitue une prestation à la charge des caisses-maladie si l'hypertrophie mammaire est à l'origine de troubles ayant eux-mêmes valeur de maladie au sens juridique. Une indication médicale à une intervention est admise à partir du moment où une réduction de poids d'environ 500 grammes ou plus de chaque côté est exécutée ou envisagée et pour autant que l'assurée souffre de douleurs dues à l'hypertrophie et ne présente pas d'adiposité, le critère déterminant étant l'existence d'un lien de causalité entre l'hypertrophie et les troubles physiques ou psychiques (ATF 130 V 301 consid. 2 et 3, avec les références; voir aussi RAMA 2000 no KV 138 p. 357).

L'opération de construction mammaire en cas d'hypoplasie - que la science médicale range d'ailleurs parmi les pathologies mammaires pubertaires (cf. Catherine DUFLOS-COHADE, Pathologie mammaire pubertaire, in : Kinder- und Adolescentengynäkologie, Berne 1994, p. 51-62; voir aussi DENOËL/SOUBIRAC/LOPEZ/GROLLEAU/CHAVION, Les seins tubéreux : une mise au point, in : Revue Médicale, Liège 2002, p. 655-660; Keith EDMONDS, Practical Paediatric and Adolescent Gynecology, Butterworths 1989, p. 95-101) - est également à charge de l'assurance-maladie lorsque, eu égard à son caractère particulièrement grave et anormal, elle peut être qualifiée comme étant un défaut hors du commun ayant valeur de maladie pour lequel une indication médicale à un traitement chirurgical doit être reconnue (art. 3 LPGA; ATFA du 17 août 2005 K 4/04). Enfin, s'agissant de l'implantation de prothèses mammaires à la suite de l'ablation d'un sein, elle constitue une mesure thérapeutique à charge des caisses-maladie depuis un arrêt de principe rendu par le Tribunal fédéral des assurances sous l'empire de la LAMA (ATF 111 V 229). Elle est maintenant mentionnée comme prestation obligatoire sous le ch. 1.1 de l'annexe à l'OPAS (chirurgie générale). 9. En l'espèce, il est établi que la lipodystrophie est une pathologie secondaire due aux conséquences de la trithérapie administrée à la recourante pour le traitement de sa maladie. En effet, bien que la Dresse A_____ ait mentionné dans son rapport opératoire "excès graisseux tronculaire chez patiente avec

hérédité familiale plus

A/3932/2005 - 13/15 - trithérapie", aucune pièce du dossier, notamment médicale, ne permet de conclure que la recourante ait été obèse. L'intimée se fonde sur le rapport de son médecin-conseil qui fait état d'une discrète lipodystrophie. Or, cette affirmation est contredite par les pièces du dossier, ainsi que par les déclarations des médecins lors des enquêtes; les Dresses C_____ et A_____ décrivent en effet une lipodystrophie abdominale importante, puisque la recourante était difforme, qu'elle paraissait enceinte de sept mois, et que son ventre, globuleux, était comme un tonneau. Il y avait un important décalage dans sa silhouette, accentué encore par le fait que la recourante présente une atrophie des bras et des jambes. En outre, selon les médecins, il existait des limitations fonctionnelles, dans la mesure où la recourante était gênée par son ventre en position assise et ne pouvait plus porter certains vêtements. Cette situation était par ailleurs extrêmement stressante pour la recourante qui souhaitait ardemment devenir mère à cette époque et qui se heurtait aux questions gênantes de son entourage, voire même de tiers. La recourante a aussi clairement exposé que cette lipodystrophie avait engendré une souffrance psychique, dès lors qu'elle suivait un traitement astreignant pour devenir mère (douze inséminations artificielles qui ont échoué), ce que son médecin traitant a confirmé. Dans ces conditions, il y a lieu d'admettre que la lipodystrophie atteignait une partie sensible et visible du corps; il ne s'agissait pas de rendre une partie du corps plus belle, mais bien de rétablir l'intégrité physique de la recourante. Enfin, l'intervention en cause était la seule solution pour enlever la masse grasseuse, car malgré l'arrêt du traitement de trithérapie, la lipodystrophie ne disparaît pas d'elle-même. Cette opération s'est révélée d'ailleurs efficace, puisqu'elle a permis de retirer plus d'un litre 200 de masse grasseuse, de réduire considérablement le périmètre abdominal et d'améliorer sensiblement l'état psychique de la recourante. S'agissant du caractère économique, il peut être admis, le coût de l'intervention se chiffant à 5'111 fr. Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, sera admis et l'intimée condamnée à prendre en charge le coût de l'intervention subie par la recourante.

A/3932/2005 - 14/15 -

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