

GE_GERICHTE ATAS/134/2009 vom 9. Februar 2009

GE Cour de justice, 2009-02-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_134_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/134/2009 du 9 février 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/134/2009 del 9 febbraio 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA), le recours est recevable.

E. 3

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 446 consid. 1.2.1, 127 V 467 consid. 1, 126 V 165 consid. 4b), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure. Il convient en outre de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité (notamment) selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du Tribunal fédéral y relative est toujours d'actualité. Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

A/575/2008 - 9/17 -

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, singulièrement le taux de celles-ci.

E. 5

a) Selon l'art. 18 al. 1er LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). La rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré en cas d'invalidité totale ; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence (art. 20 al. 1 LAA). Par ailleurs, si l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, une rente complémentaire lui est allouée, qui correspond à la différence entre 90% du gain assuré et la rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants mais au plus au montant prévu pour l'invalidité totale ou partielle (art. 20 al. 2 LAA). b) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). A cet égard, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 76 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79-80 consid. 5b/aa-cc; ATF non publié du 6 février 2002, U 241/00 consid. 2). Le revenu sans invalidité représente quant à lui le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. Il s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est née le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4).

A/575/2008 - 10/17 - c) Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). d) Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. Cela étant, selon l'ATF 126 V 288, l'assureur social, lorsqu'il n'utilise pas la possibilité d'attaquer la décision d'un autre assureur, doit en principe se laisser imposer cette décision, pour autant qu'elle lui ait été régulièrement notifiée. Cette règle a été précisée en ce sens qu'elle ne vaut pas à l'égard de

l'assurance-accidents lorsque la décision a été prise dans la procédure ouverte par l'assurance-invalidité (VSI 2004 p. 182). Le Tribunal fédéral a confirmé que l'assureur-accidents n'avait pas qualité pour former opposition contre la décision ou pour recourir contre la décision sur opposition de l'Office AI sur le droit à la rente en tant que tel ou sur le degré d'invalidité et l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'avait pas de force contraignante à son égard (ATF 131 V 362). Plus récemment (ATF 133 V 549), le Tribunal fédéral a admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'ATF 126 V 288, avec comme conséquence que l'Office AI n'avait pas qualité pour faire opposition à la décision ni pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité. e) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références).

A/575/2008 - 11/17 - Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c). Par ailleurs, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

E. 6

a) En l'espèce, l'intimée s'est principalement fondée sur les conclusions de son médecin d'arrondissement, ainsi que celles de son service de médecine des assurances, pour déterminer la capacité de travail résiduelle du recourant eu égard à ses problèmes somatiques. Elle a fixé celle-ci à 100 % dans une activité adaptée. Le recourant conteste cette appréciation, estimant d'une part qu'elle repose sur un avis datant de plus de trois ans avant la décision et, d'autre part, que les autres médecins consultés font état d'une incapacité de travail totale, voire de 50 % dans une activité légère en position assise (docteur P_____).

A/575/2008 - 12/17 - b) Le recourant fait cependant fausse route. En effet, on ne voit pas de raison, au regard des principes jurisprudentiels évoqués ci-dessus (consid. 5e), de s'écarter des considérations du docteur N_____, médecin d'arrondissement de l'intimée. Son rapport est certes antérieur de 32 mois à la décision sur opposition entreprise. Cela étant, il n'est nullement contredit par les autres documents figurant tant au dossier de l'intimée que dans celui de l'OCAI. En particulier, le rapport du docteur R_____ auquel se réfère l'intéressé ne fait que relater une situation tout à fait superposable à celle connue du médecin-conseil de l'assurance, lorsqu'il a rendu son rapport d'examen final à fin février 2005, et il ne se prononce pas sur une éventuelle incapacité de travail. Quant à l'avis du docteur P_____, ancien également, mais pourtant invoqué par le recourant, il ne fait que confirmer les conclusions du docteur N_____, en ce que le médecin ne trouve aucun élément objectif permettant d'expliquer la symptomatologie de l'assuré. En outre, la mention d'une reprise d'activité (au demeurant déjà évoquée dans le cadre d'une recommandation en vue de mesures professionnelles par le docteur T_____ en avril 2005) à 50 % ne constitue, comme relevé à juste titre par l'intimée, qu'un taux de capacité de travail minimal dans le cadre d'un recommencement (progressif) d'une activité professionnelle. En conséquence, dans la mesure où le rapport du docteur N_____ doit se voir accorder pleine valeur probante, puisqu'il remplit les critères posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral à ce propos, et qu'aucun fait nouveau susceptible d'influer sur les conclusions déterminées par ce médecin n'a été non seulement démontré, mais ne serait-ce qu'allégué, le Tribunal retiendra qu'au moment déterminant pour le calcul du taux d'invalidité, soit septembre 2005, le recourant n'était plus capable d'exercer son ancienne profession d'agent de sécurité, mais pouvait mettre à profit une capacité de travail complète dans une activité adaptée ne requérant pas de marche de très longue durée ou sur terrain inégal, pas de station debout prolongée, ni accroupie, ni agenouillée, pas de montée et descente répétitive d'escaliers, ni de course à pied (voir aussi, concernant la détermination des limitations fonctionnelles, les rapports des docteurs S_____ et W_____).

E. 7

a) Demeure litigieuse la question de savoir si les troubles psychiques présentés par le recourant doivent être pris en compte par l'assureur-accidents. b) De façon générale, le droit au versement des prestations de l'assurance-accidents suppose, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d, 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré. b/aa) L'exigence de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas

survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit

A/575/2008 - 13/17 - que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). b/bb) Le droit à des prestations d'assurance suppose également, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité adéquate. En cas d'atteinte à la santé physique, ce rapport de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen, dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

A/575/2008 - 14/17 - Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409). c) En l'espèce, les circonstances de l'accident du 25 juillet 2003 sont peu claires. Certains documents mentionnent une chute, alors que d'autres parlent d'une simple torsion de l'articulation du genou. Il est également mentionné – à une reprise - une lésion de la cheville (vraisemblablement par erreur) en lieu et place du genou. Ce qui est certain, c'est que l'événement s'est produit alors que le recourant pratiquait un sport d'équipe (selon toute vraisemblance le beach volley) sur une plage en Tunisie. Quoi qu'il en soit, aucun

document ni allégation ne vient relater un déroulement particulier des événements. Le Tribunal de céans en déduit que le recourant a subi une torsion de son genou droit, alors qu'il jouait sur une plage, et est peut-être tombé. De tels faits ne justifient pas d'autre qualification que celle d'accident de peu de gravité. Il s'agit en effet d'un événement malgré tout banal et sans circonstances concomitantes particulières. En pareille situation, le lien de causalité adéquat entre des troubles d'ordre psychique (tels ceux diagnostiqués chez le recourant par le docteur V _____) et l'événement accidentel incriminé est d'emblée exclu. Même si l'on devait retenir une hypothèse – non réalisée – plus favorable au recourant, soit qualifier l'accident de moyennement grave à la limite des accidents insignifiants, elle ne serait d'aucun secours à ce dernier. En effet, on ne voit guère que le critère de la persistance des douleurs physiques qui peut être retenu, ce qui est manifestement insuffisant pour reconnaître un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques. En conséquence, c'est à bon droit que l'intimée n'a pas jugé utile de procéder à des investigations complémentaires sur ce point.

E. 8

Il convient dès lors de procéder à la fixation du taux d'invalidité. Les chiffres retenus par l'intimée n'étant pas contestés en tant que tels et favorables au recourant par rapport à un recours aux données émanant des statistiques salariales (même en retenant un abattement sur le revenu d'invalidité ; cf. Enquête suisse sur la structure des salaires édité par l'Office fédéral de la statistique), le Tribunal de céans ne voit pas de motif de revenir sur ce calcul, qui doit être confirmé. Le recourant a donc droit à une rente d'invalidité, dès le 1er septembre 2005, fondée sur un taux de 18 %.

E. 9

a) Aux termes des art. 24 et 25 LAA, une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) est versée à l'assuré qui, par suite d'accident, souffre

A/575/2008 - 15/17 - d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale (art. 24 al. 1 LAA). L'indemnité est allouée sous forme de prestation en capital et ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident; elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (art. 25 al. 1 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (ci-après OLAA), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. L'atteinte à l'intégrité fait abstraction des effets particuliers qu'elle peut exercer sur un individu donné; elle traduit une évaluation abstraite, valable pour tous les assurés. Seul est donc pris en compte "le degré de gravité" attribuable à une telle atteinte à l'intégrité chez l'homme moyen. La gravité s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'IPAI se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'IPAI peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à

l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico- théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références). L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b, 210 consid. 4a/bb et les références). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). A cette fin, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a). b) En l'espèce, le recourant conteste le montant de l'IPAI fixée par l'intimée, dans la mesure où il ne tiendrait pas compte de l'intégralité des atteintes dont il souffre

A/575/2008 - 16/17 - ensuite de l'événement accidentel du 25 juillet 2003. En particulier, il requiert une nouvelle fixation de l'IPAI sur la base de l'expertise judiciaire dont il demande la mise en œuvre. c) Or, comme cela a été démontré ci-dessus (consid. 7 i.f.), point n'est besoin de diligenter une expertise dans la présente cause, dont les faits, du point de vue médical, ont été éclaircis à suffisance. Le docteur N_____, qui a déterminé le taux de l'atteinte, soit 5 %, a procédé par analogie, en se référant à la table des arthroses et à celle des troubles fonctionnels des membres inférieurs. On ne voit pas en quoi cette méthode, au demeurant non contestée, violerait les principes rappelés ci-avant. Dès lors, le Tribunal confirme l'appréciation faite par le médecin d'arrondissement de l'intimée et reprise par cette dernière dans sa décision.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recourant succombe et n'a donc pas droit à l'indemnité de dépens réclamée.

A/575/2008 - 17/17 -

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