

# **GE\_GERICHTE ATAS/1478/2008 vom 15. Dezember 2008**

GE Cour de justice, 2008-12-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1478\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1478_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1478/2008 du 15 décembre 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1478/2008 del 15 dicembre 2008

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) 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 statuant

A/2346/2008 - 6/14 - conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 22 juin 2006. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 et les arrêts cités).

### **E. 2**

a) Le 1er juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 18 avril 2008, qui a été confirmé par la décision du 25 mai 2008, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 27 juin 2008.

A/2346/2008 - 7/14 - c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGGA).

### **E. 3**

L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance- invalidité.

### **E. 4**

a) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). 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 LPGGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). b) D'après la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règles de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques. L'art. 4 al. 2 LAI précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations (ATF 126 V 9 consid. 2b et les références).

### **E. 5**

a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007, est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». Antérieurement, l'art. 28 al. 1 LAI prévoyait un quart de rente pour un taux d'invalidité de 40 % au moins, une demie rente pour un taux d'invalidité de 50 % au moins et une rente entière pour un taux d'invalidité de 662/3 % au moins. b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI (en vigueur depuis le 1er janvier 1988), le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir

A/2346/2008 - 8/14 - de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). c) Selon l'art. 48 al. 1 et 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à des prestations arriérées est régi par l'art 24.al. 1 LPGGA (al. 1). Si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1, LPGGA, ne sont allouées que pour douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à

prestations et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance (al. 2).

## **E. 6**

Selon l'art. 36 al. 1 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, ont droit aux rentes ordinaires les assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptent une année entière au moins de cotisations. Selon l'art. 6 al. 2 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 1996, les étrangers et les apatrides n'avaient droit aux prestations (sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI) qu'aussi longtemps qu'ils conservaient leur domicile civil en Suisse et que si, lors de la survenance de l'invalidité, ils comptaient au moins dix années entières de cotisations ou quinze années ininterrompues de domicile en Suisse. Cette disposition - qui apparaissait contestable sous l'angle du droit à l'égalité de traitement (ATF 121 V 247 consid. 1b) - a été modifiée avec l'entrée en vigueur de la dixième révision de l'AVS, le 1er janvier 1997. En effet, aux termes du nouvel art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité au moins une année entière de cotisations (cf. art. 36 al. 1 LAI) ou dix années de résidence ininterrompue en Suisse (cf. ATF 126 V 5). Par cet assouplissement de la réglementation en matière d'assurance-invalidité, le législateur a adopté un régime analogue à celui prévu à l'art. 18 al. 2 LAVS, relatif aux rentes de l'AVS en faveur des étrangers et de leurs survivants qui ne possèdent pas la nationalité suisse (Message concernant la dixième révision de l'assurance- vieillesse et survivants du 5 mars 1990, FF 1990 II 113; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 36 sv.). Demeurent toutefois réservées les dispositions dérogatoires des conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la Suisse avec un certain nombre d'Etats pour leurs ressortissants respectifs. En l'occurrence, la Suisse n'a pas conclu de convention de sécurité sociale avec la Tunisie. Selon l'art. 36 al. 2 LAI, les dispositions de la LAVS sont (sous réserve de l'art. 36 al. 3 LAI) applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires (voir à ce propos ATF 124 V 159); le Conseil fédéral peut édicter des prescriptions complémentaires.

A/2346/2008 - 9/14 - Selon l'art. 32 al. 1 RAI en corrélation avec les art. 50 RAVS et 29ter al. 2 LAVS (articles en vigueur depuis le 1er janvier 1997), une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1a ou 2 LAVS pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, soit elle a versé la cotisation minimale (variante I), soit son conjoint au sens de l'art. 3 al. 3 LAVS a versé au moins le double de la cotisation minimale (variante II) ou, enfin, elle peut se prévaloir de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance (variante III). A la différence de la situation qui existait avant l'entrée en vigueur de la dixième révision de l'AVS (cf. ATF 111 V 106 consid. 1b, 110 V 280 consid. 1a), un assuré peut donc, selon le nouveau droit, satisfaire à l'exigence de la période minimale de cotisations d'une année ouvrant droit à une rente ordinaire de l'AVS/AI, sans avoir payé personnellement des cotisations (ATF 125 V 253). Ces dispositions légales plus favorables introduites par la 10ème révision de l'AVS ne s'appliquent toutefois pas aux cas d'assurance survenus sous l'empire de l'ancien droit et pour lesquels le droit à une rente a été nié, parce que la condition de la durée minimale de cotisations (ancien art. 29 al. 1 LAVS; VSI 2000 p. 174) n'était pas réalisée (ATF 126 V 7 consid. 1; ATFA du 20 juin 2003, I 645/02).

## **E. 7**

a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre

A/2346/2008 - 10/14 - appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 consid. 3b/ee, ATF A non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée

par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

A/2346/2008 - 11/14 - f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

## **E. 8**

a) En l'espèce, l'expertise interdisciplinaire du Centre d'expertise médicale du 20 mars 2008 répond aux exigences jurisprudentielles précitées pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Les parties l'admettent également. Selon ses conclusions, la recourante est totalement incapable de travailler en raison de troubles psychiques. Seule est litigieuse la date de la survenance de l'incapacité totale de travailler de la recourante, soit en particulier la question de savoir si cette incapacité était déjà présente lorsque cette dernière est arrivée en Suisse en 1988. Il convient en effet préalablement de constater que la recourante est de nationalité suisse depuis le 30 novembre 1988, date de son mariage, alors qu'elle est arrivée en Suisse le 1er septembre 1988. Les conditions d'assurance applicables devront être celles en vigueur lors de la survenance de l'invalidité soit, si celle-ci est antérieure au 30 novembre 1988, celles de l'accomplissement de dix années entières de cotisation ou quinze années ininterrompues de domicile en Suisse (en vigueur pour les étrangers jusqu'au 31 décembre 1996 selon l'ancienne teneur de l'art. 6 al. 2 LAI) et si celle-ci est postérieure au 30 novembre 1988 celles relatives aux ressortissants suisses. b) L'intimé a fondé sa décision de refus de prestation sur la réponse des experts (B.2.5, expertise p. 12) déclarant que la recourante n'a probablement jamais eu de capacité de travail utilisable sur le marché du travail. Or, l'utilisation du terme "probablement" ne permet pas, en soi, de considérer que tel est bien le cas, au degré de la vraisemblance prépondérante, ce d'autant que l'experte psychiatre mentionne qu'il y a une incapacité de travail d'au moins 20 % depuis plus de deux ans (réponse B.2.5 expertise p. 7). Il convient en conséquence d'examiner tous les rapports médicaux au dossier afin de déterminer le moment de la survenance de l'invalidité.

A/2346/2008 - 12/14 - Le rapport d'expertise a relevé, dans l'anamnèse de l'évaluation médicale psychiatrique, que la recourante avait étudié la médecine d'abord en Tunisie, puis

en Algérie et ensuite à Genève. A son arrivée en Suisse, elle avait travaillé quelques semaines dans un EMS et à l'hôpital comme aide-infirmière puis avait fait des transports de bijoux entre les pays arabes. Elle s'était mariée rapidement et sa grossesse l'avait complètement perturbée. L'accouchement avait été suivi par une dépression post-partum et la deuxième grossesse avait été très mal vécue. Depuis, s'étaient enchaînés des événements défavorables avec la dégradation de rapport de couple, la violence conjugale, la dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines ayant amené l'assurée à une désorganisation et à l'incapacité de s'occuper de ses enfants et de son ménage depuis toujours. Antérieurement à son arrivée en Suisse, l'experte a mentionné des crises d'angoisse apparues dès l'âge de douze ans avec, au lycée, une consommation d'alcool pour combler l'angoisse et le sentiment d'abandon. Dans l'appréciation du cas et pronostic (expertise p. 10) il est aussi mentionné que l'assurée a présenté à la suite de ses accouchements en 1990 et 1991 des épisodes dépressifs et l'apparition des douleurs qui se sont progressivement aggravées. Le rapport de la clinique de la Métairie du 15 décembre 2006 a également confirmé la dégradation de la situation de vie de la recourante après la naissance de ses enfants, avec une augmentation de la consommation d'alcool et de Lexotanil après le prononcé de son divorce en 2002. Quant à la Dresse C \_\_\_\_\_, elle a précisé dans un rapport médical AI du 10 juillet 2006 que l'état anxieux et dépressif existait depuis 1991, la fibromyalgie depuis 2000 et l'abus d'alcool et de benzodiazépines depuis 1998. c) Au vu de ce qui précède, il ressort des différents rapports médicaux au dossier, concordants, que l'état de santé de la recourante s'est dégradé après son premier accouchement, marqué par l'apparition d'une dépression post-partum, et qu'il n'a cessé de se dégrader depuis. En outre, la recourante, à son arrivée en Suisse, s'est inscrite à la faculté de médecine de l'Université de Genève dans le but de continuer ses études et a travaillé pendant quelque temps afin de financer celles-ci, faits d'ailleurs non contestés par l'intimé. Il apparaît ainsi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante n'était pas totalement incapable de travailler à son arrivée en Suisse. A cet égard, les crises d'angoisse relatées dès l'âge de douze ans ainsi qu'une consommation d'alcool (non quantifiée) au moment de la fréquentation du lycée ne sont pas de nature à prouver une incapacité de travail totale de la recourante avant son arrivée en Suisse, ce d'autant que celle-ci a été capable d'étudier en Tunisie et en Algérie, puis de travailler un certain temps en Suisse. En conséquence, l'incapacité totale de travailler de la recourante est survenue au plus tôt en juillet 1990, au moment de la naissance de son premier enfant. Or, à

A/2346/2008 - 13/14 - cette date, la recourante bénéficiait de la nationalité suisse et était mariée depuis le 30 novembre 1988. Elle remplissait ainsi les conditions pour obtenir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier le droit à une rente dès le 1er juillet 1991 (art. 29 LAI, 36 al. 2 LAI, 32 al. 1 RAI, art. 50 RAVS et 29ter al. 2 LAVS).

## **E. 9**

a) Au vu de ce qui précède, la recourante a droit à une rente d'invalidité entière, son incapacité de travail étant totale dans toute activité. La demande de prestation ayant été déposée le 22 juin 2006, elle a droit aux prestations dès le 1er juin 2005, en application de l'art. 48 al. 2 LAI, étant précisé que les conditions posées à l'art. 48 al. 2 LAI deuxième phrase pour pouvoir bénéficier d'un rétroactif de rente plus important qu'une année ne sont, en l'espèce, pas remplies, la recourante - de surcroît au bénéfice d'une mesure de curatelle depuis 2003 - ne prétendant pas qu'elle ne pouvait connaître les faits donnant droit à prestations antérieurement au 22 juin 2006, date du dépôt de sa demande. b) En

conséquence, la décision litigieuse sera annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er juin 2005.

#### **E. 10**

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Un émolument de 500 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/2346/2008 - 14/14 -

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