

GE_GERICHTE ATAS/489/2009 vom 29. April 2009

GE Cour de justice, 2009-04-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_489_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/489/2009 du 29 avril 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/489/2009 del 29 aprile 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 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-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI 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 au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004 (4ème révision)

A/3372/2008 - 9/17 - et au 1er janvier 2008 (5ème révision), étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse du 20 août 2008 (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4; 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Les règles de procédure s'appliquent, quant à elles, sans réserve, dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 117 V 71).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et, partant, sur son droit à une rente de l'assurance-invalidité. Il s'agit de déterminer si c'est à bon droit que l'intimé, après avoir admis un degré d'invalidité de 60% fondé sur l'expertise du COMAI du 18 mars 2002, l'a fixé, dans sa décision sur opposition, à 51% sur la base des conclusions de l'expertise du CEMED du 17 décembre 2007 - réalisée plus de cinq ans plus tard -, alors que le recourant concluait à un degré d'invalidité de 100% pour des raisons psychiatriques. A cet égard, le

Tribunal de céans ne peut que déplorer la lenteur inadmissible avec laquelle l'intimé a statué sur la demande du recourant, et plus particulièrement sur son opposition du 29 mars 2003.

E. 5

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Selon l'art. 4 al. 2 LAI, 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 de l'assuré ; 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

A/3372/2008 - 10/17 - où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a). b) L'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, prévoyait que l'assuré avait droit à une rente entière si son taux d'invalidité était de 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il était de 50 % au moins et à un quart de rente s'il était de 40 % au moins, sous réserve du cas pénible (al. 1bis). A la suite de l'entrée en vigueur le 1er janvier 2004 des dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), l'échelonnement des rentes a été affiné. Selon la nouvelle teneur de l'art. 28 al. 1 LAI (applicable du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007; depuis le 1er janvier 2008: art. 28 al. 2 LAI), l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Le droit à une rente pour cas pénible a été supprimé. D'après la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66 2/3 % continuent d'être versées après l'entrée en vigueur de cette modification à tous les rentiers qui, à ce moment-là, auront atteint l'âge de 50 ans (1ère phrase). Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur de la modification (2ème phrase). Pour autant, cela ne signifie pas que les rentes perçues au titre d'une invalidité de 66 2/3 % au moins et de 70 % au plus par des rentiers qui, au 1er janvier 2004, n'ont pas atteint l'âge de 50 ans, doivent être réduites d'office à compter de cette date à un trois-quarts de rente. Encore faut-il examiner au préalable si les circonstances de fait et de droit se sont modifiées de manière à influencer le degré d'invalidité depuis le moment de la décision initiale de rente et adapter, le cas échéant, le droit à la rente au nouveau taux obtenu (SVR 2006 IV n° 36 p. 132 consid. 2, I 313/04). c) Pour évaluer le taux d'invalidité des personnes actives, 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 (cf. art. 28 al. 2 LAI et 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

A/3372/2008 - 11/17 - Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). 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 ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121), que le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques.

E. 6

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail

A/3372/2008 - 12/17 - peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. D'autre part, dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). Au nombre des critères dégagés par la jurisprudence, qui permettent de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine et les références citées).

A/3372/2008 - 13/17 -

E. 7

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 appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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).

E. 8

En l'espèce, le recourant est incapable de travailler depuis son accident. Selon le Dr M_____, l'incapacité de travail est de 100% sur le plan somatique dans l'ancienne activité. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Quant au psychiatre traitant, le Dr N_____, il a diagnostiqué un état dépressif moyen ainsi qu'un trouble de la personnalité à traits frustrés et rigides et concluait à une incapacité de travail de 100%. Selon le rapport d'expertise pluridisciplinaire du COMAI du 18 mars 2002, le recourant souffrait de troubles somatoformes douloureux chroniques, ainsi que de troubles dépressifs récurrents d'intensité sévère. S'agissant de la capacité de travail, le COMAI a considéré que du point de vue rhumatologique et psychiatrique, le recourant pouvait encore travailler à 50 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. Il a expliqué qu'il s'écartait des conclusions de son consultant psychiatre, qui estimait que le recourant était incapable de travailler à

A/3372/2008 - 14/17 - 75 % pour des motifs psychiatriques, car ce dernier paraissait encore détenir certaines ressources adaptatives. Le Tribunal de céans relève que le rapport d'expertise du COMAI se fonde sur l'intégralité du dossier médical, qu'il comporte une anamnèse détaillée, que les plaintes ont été prises en compte et que les conclusions sont claires et bien motivées. Le COMAI a en particulier expliqué de manière convaincante pourquoi il s'est écarté de l'évaluation de la capacité de travail faite par son psychiatre consultant. L'appréciation du psychiatre traitant - qui ne retient au demeurant pas le diagnostic d'état dépressif d'intensité sévère - ne saurait remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du COMAI, qui revêt pleine valeur probante.

Suite à l'opposition du recourant, l'intimé a fait procéder - cinq ans plus tard - à une nouvelle expertise auprès du CEMED de Nyon. Le diagnostic retenu est celui de trouble somatoforme douloureux depuis 2000, les experts ayant jugé qu'il n'était pas nécessaire

dans ce cas de diagnostiquer à part les manifestations dépressives. Le CEMED a conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, sur le plan somatique et psychique, avec une diminution de rendement de 20% sur le plan somatique et de 40% sur le plan psychique.

Le recourant conteste cette appréciation, relevant qu'elle est en contradiction avec celle du COMAI, que les diagnostics devraient rester les mêmes et qu'il n'est pas possible de fusionner les deux diagnostics de TSD et trouble dépressif récurrent d'intensité sévère en les faisant passer pour une réaction dépressive habituelle et banale. L'intimé, se fondant sur l'avis du SMR, considère que les conclusions du CEMED revêtent pleine valeur et qu'elles doivent être suivies. Il justifie sa position en relevant que la validité médicale de la première expertise n'a jamais été contrôlée, à la différence de celle de 2007 où le SMR a dû se positionner, ce qu'il a fait dans son avis du 22 juillet 2008 de façon claire et motivée.

Le Tribunal de céans ne peut se rallier à la position de l'intimé. En premier lieu, il sied de rappeler que la valeur probante d'une expertise ne doit pas être vérifiée médicalement, mais examinée à la lumière des règles développées par la jurisprudence évoquée supra. Or, à cet égard, le SMR n'explique pas pourquoi les conclusions du CEMED seraient plus convaincantes que celles du COMAI. Ensuite, le Tribunal constate, à l'examen du contenu de l'expertise du CEMED, qu'elle comporte plusieurs contradictions, voire des inexactitudes; les experts mentionnent par exemple que l'irritabilité dont fait preuve le recourant est nouvelle. Or, l'irritabilité et la nervosité avaient pourtant déjà été évoquées par le Dr R_____ et objectivées par les experts du COMAI, qui notaient aussi la dégradation des relations du recourant avec son entourage amical ainsi qu'avec son épouse, puisque le recourant reconnaissait avoir usé de violence directe envers elle. Sur le plan somatique, le CEMED retient à peu près les mêmes diagnostics que le COMAI, en indiquant qu'ils sont sans répercussion sur la capacité de travail (p. 36

A/3372/2008 - 15/17 - de l'expertise), alors que plus loin il fait état des limitations fonctionnelles qu'entraînent les troubles dégénératifs et retient finalement une capacité de travail de 40% dans l'activité de jardinier-bûcheron (p. 27 de l'expertise) et de 100% avec une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée (p. 20 de l'expertise). Nonobstant cette contradiction, le Tribunal de céans constate que l'appréciation de la capacité de travail résiduelle sur le plan somatique par le CEMED rejoint celle du COMAI (80% dans une activité adaptée, p. 11 expertise COMAI). Du point de vue psychiatrique, le CEMED a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux depuis 2000. Toutefois, le Tribunal de céans relève que le CEMED fait un amalgame entre le trouble somatoforme douloureux et le trouble dépressif, sans préciser d'ailleurs la sévérité du trouble psychique - pourtant indispensable pour pouvoir juger du caractère invalidant d'un TSD - et retient finalement que l'atteinte à la santé entraîne une diminution de rendement dans une activité adaptée de 40% sur le plan psychique. L'on peine à comprendre comment le CEMED parvient à cette conclusion, alors même qu'il indique que son appréciation est superposable à celle de ses collègues du COMAI, tant du point de vue somatique que psychique. De surcroît, les experts du CEMED ne mentionnent pas d'amélioration de l'état de santé psychique. Force est de constater qu'il s'agit en réalité d'une appréciation divergente tant du point de vue diagnostique que des conséquences sur la capacité de travail d'une situation de fait demeurée pour l'essentiel identique.

Au vu de ce qui précède, outre que le rapport d'expertise du CEMED ne saurait se voir attribuer pleine valeur probante, rien ne permet de s'écarter des conclusions de l'expertise du

COMAI. Une nouvelle expertise est ainsi superflue.

Il convient au demeurant de relever que dans la mesure où l'intimé a modifié, par sa décision sur opposition, rétroactivement le degré d'invalidité du recourant en sa défaveur, le privant par là du droit à un trois-quarts de rente dès le 1er janvier 2004, il devait alors, s'agissant d'une reformatio in pejus, l'en informer et l'inviter à retirer son opposition, ce qu'il n'a point fait.

En définitive, le Tribunal de céans se rallie aux conclusions de l'expertise du COMAI et admet que le recourant présente une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée.

Sur la base des renseignements communiqués par l'employeur, le revenu sans invalidité du recourant - non contesté - s'élève en 1999 à 56'412 fr. 90, vacances (8,4%) et 13ème salaire (8,3%) compris. Quant au revenu d'invalidité, il y a lieu de se fonder, en l'absence d'une activité exercée par le recourant, sur les statistiques ressortant de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS) 1998, soit le salaire moyen auxquels peuvent prétendre les hommes dans des activités simples et répétitives, soit 4'268 fr. par mois (tableau TA1 niveau 4) pour 40 heures par semaine. Compte tenu d'une durée hebdomadaire de travail usuelle de 41,9 heures

A/3372/2008 - 16/17 - dans les entreprises en 1999 (La Vie Economique 9-2007, p. 98 tableau B9.2), le salaire mensuel s'élève à 4'460 fr. 05 et à 53'520 fr. 70 par an. Réactualisé à 1999, le salaire annuel s'élève à 53'686 fr. 90. Compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 50 %, le salaire annuel est de 26'843 fr. 45. Enfin, après un abattement de 15 %, sur lequel il n'y a pas lieu de revenir, le salaire annuel d'invalidité s'élève à 22'816 fr. 90.

Après comparaison des gains, le recourant présente un degré d'invalidité de 59,55%, arrondi à 60% (ATF 130 V 122 consid. 3) lui ouvrant droit à une demi- rente d'invalidité dès le 1er décembre 1999 et à trois-quarts de rente depuis le 1er janvier 2004.

E. 9

Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit une participation à ses frais et dépens, fixés en l'espèce à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA).

E. 10

Un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'OCAI (art. 69al. 1bis LAI).

A/3372/2008 - 17/17 -

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