

# **GE\_GERICHTE ATAS/834/2020 vom 6. Oktober 2020**

GE Cour de justice, 2020-10-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_834\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_834_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/834/2020 du 6 octobre 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/834/2020 del 6 ottobre 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).

### **E. 4**

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2). En l'espèce, la décision attaquée accorde à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1er août 2017 au 31 janvier 2019. En outre, elle lui refuse l'octroi de mesures d'ordre professionnel. De son côté, le recourant conclut, en dernier lieu, à ce que cette rente lui soit accordée au-delà du mois de janvier 2019. À ce stade, il ne conteste plus le calcul

A/4370/2019 - 15/23 - de sa rente. Le litige ne porte donc plus que sur le maintien de la rente entière qui lui a été accordée.

### **E. 5**

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un 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. 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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

#### **E. 6**

L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit

A/4370/2019 - 16/23 - aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

#### **E. 7**

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 LPGA), 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. À 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre 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 351 consid. 3b). 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. Étant 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). Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes (ATF 122 V 157 consid. 1d ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Ainsi, dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer

A/4370/2019 - 17/23 - un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3 ; 8C\_251/2012 du 27 août 2012 consid. 3.4). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète

des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3a et 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

## **E. 8**

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 319 consid. 5a).

A/4370/2019 - 18/23 - Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

## **E. 9**

En l'occurrence, dans la décision attaquée, l'intimé a retenu que le recourant avait été totalement incapable de travailler dès le 25 août 2016, ce qui justifiait l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er août 2017, à l'issue du délai de carence d'un an. Toutefois, dès le 20 octobre 2018, il avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à son état de santé, ce qui entraînait la suppression de sa rente avec effet au 31 janvier 2019, trois mois après l'amélioration de son état de santé. Cette décision repose sur le rapport établi le 17 octobre 2018 par le médecin d'arrondissement de la CNA, auquel le SMR s'est rallié. Après avoir retenu les diagnostics de luxation antérieure de l'épaule gauche, de fracture du trochiter, de fracture déplacée de la colonne antérieure du cotyle gauche ostéosynthésée, de raideur de l'épaule gauche et de petit cal vicieux de la hanche gauche, le Dr O\_\_\_\_\_, de la CNA, a indiqué que le cas pouvait être considéré comme stabilisé ou en voie de stabilisation sur le plan somatique. À cet égard, le Dr O\_\_\_\_\_ a jugé douteux que l'assuré puisse travailler à plus de 30 % comme plâtrier, en raison de ses limitations fonctionnelles. En revanche, il a estimé qu'une activité à temps complet «

pourrait » être exigible, moyennant le respect de limitations fonctionnelles en lien avec le membre supérieur, dans une profession permettant d'alterner les positions assise / debout, de changer régulièrement de position et d'éviter les montées répétées de pentes ou d'escaliers, ainsi que les élévations au niveau du plan des épaules « en force » au-delà de 10 kg. Constatant en outre que l'assuré semblait présenter une dégradation sur le plan psychologique, le Dr O\_\_\_\_\_ a préconisé une évaluation par le « psychiatre d'arrondissement » et une prise en charge psychiatrique-psychologique.

A/4370/2019 - 19/23 - Dans un rapport daté du 14 novembre 2018, le Dr P\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement et spécialiste en psychiatrie, a conclu, sur la base des constatations effectuées par les médecins de la CRR et le Dr O\_\_\_\_\_, qu'il n'existait pas de problématique psychique en relation de causalité naturelle avec l'accident de 2016. De son côté, le recourant soutient que son incapacité de travail a persisté au-delà du 31 janvier 2019. Il soutient notamment que, selon deux rapports établis par les Drs S\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_, sa capacité de travail s'élève tout au plus à 30 %, avec un rendement particulièrement faible estimé à 30 %. Le recourant reproche à l'intimé une instruction insuffisante, qu'il convient à selon lui de poursuivre. Il souligne que l'avis du SMR est contradictoire avec celui des Drs S\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_, ce qui éveille de forts doutes sur sa fiabilité et démontre qu'il est dénué de valeur probante. En outre, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr S\_\_\_\_\_ sont telles qu'il n'est pas concrètement imaginable qu'il retrouve un emploi. Enfin, il relève qu'en présence d'un avis reposant sur le dossier, la mise en œuvre d'une expertise se justifie si des doutes, même faibles, subsistent quant à sa fiabilité.

#### **E. 10**

décembre 2019, le Dr S\_\_\_\_\_ a jugé le recourant incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle, en raison notamment de douleurs du pli inguinal gauche, d'amplitudes d'élévation diminuées de l'épaule gauche et d'un

A/4370/2019 - 20/23 - manque de ressources. De son côté, le Dr T\_\_\_\_\_, dans son rapport du 17 décembre 2019, n'a pas été en mesure de dire si le recourant disposait d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, mais il a suggéré qu'une expertise soit mise en œuvre en vue de clarifier la question, proposition à laquelle le Dr S\_\_\_\_\_ s'est ensuite rallié. Pour sa part, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué le 5 octobre 2018 qu'il ne voyait pas quel type de reconversion professionnelle pourrait convenir à l'assuré, étant donné que les douleurs étaient présentes tant en position assise que debout. Ce médecin a donc lui aussi exprimé sa perplexité quant à l'exercice d'une profession autre que celle de staffeur, même si la pertinence de son appréciation doit être relativisée, puisque dans d'autres rapports, il a justifié sa difficulté à envisager une reconversion professionnelle non seulement par les douleurs du recourant, mais aussi par un manque de formation, à savoir par un facteur étranger à l'invalidité, dont l'assurance n'a pas à répondre, comme la CJCAS l'a relevé dans le cadre de l'arrêt qu'elle a rendu en matière d'assistance juridique (ATF 107 V 17 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral U 388/01 du 2 décembre 2002 consid. 2.2 ; ATAS/1067/2019 consid. 9). Il n'en demeure pas moins qu'en définitive, les avis exprimés par la plupart des médecins consultés par le recourant ne confirment pas celui du médecin d'arrondissement. Cette divergence est propre à faire naître un doute quant au bien-fondé des conclusions du Dr O\_\_\_\_\_ sur lesquelles repose la décision attaquée. Pour le reste, le fait que certains des rapports produits par le recourant soient postérieurs à la décision attaquée ne suffit pas à en faire abstraction, puisque ces documents concernent des atteintes

antérieures à la décision, qui ont été jugées stabilisées, de sorte qu'il apparaît peu probable que la situation se soit significativement modifiée entretemps (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). S'agissant des deux rapports de la CRR, il en ressort que les médecins de cet établissement ont renoncé à se prononcer sur l'exigibilité d'une activité adaptée, dans la mesure où la situation ne leur paraissait pas médicalement stabilisée en juillet 2018, à l'issue du second séjour du recourant (l'intéressé devait alors discuter avec ses médecins d'une nouvelle intervention chirurgicale et subir un complément d'imagerie ainsi qu'une infiltration dans la hanche gauche). Les médecins de la CRR ont toutefois indiqué que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée leur paraissait « limité ». Par ailleurs, le résumé des ateliers professionnels que le recourant a suivis à la CRR (ateliers « cube » ; « mini pixels » et « création de dossiers ») démontre que l'intéressé a déploré des douleurs lors de chaque atelier, ce qui, là encore, éveille certains doutes sur son aptitude à exercer une activité lucrative à 100 %. Quant aux rapports de synthèses établis sur dossier par le SMR, notamment en février 2019, ils se limitent essentiellement à résumer les rapports des médecins de la CNA (notamment les limitations fonctionnelles retenues par le Dr O\_\_\_\_\_ et la CRR) et ne permettent pas de pallier aux doutes qui viennent d'être évoqués. La

A/4370/2019 - 21/23 - valeur probante de ces documents est au demeurant sujette à caution, dans la mesure où ils ne contiennent ni résumé des plaintes, ni réelle motivation à l'appui de la conclusion selon laquelle le recourant serait pleinement capable d'exercer une activité adaptée depuis le mois d'octobre 2018.

## **E. 11**

Au regard de ce qui précède, force est de constater qu'il existe une divergence entre le point de vue du médecin d'arrondissement de la CNA – auquel le SMR a adhéré – et celui des autres médecins qui se sont exprimés, notamment en ce qui concerne la capacité de travail dans une activité adaptée et son étendue, sans que l'on ait des motifs décisifs pour dénier toute valeur probante à leurs avis respectifs. Il existe un doute suffisant pour qu'il soit fait appel à un expert en vue de départager ces opinions, conformément à la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_251/2012 du 27 août 2012 consid. 3.4). Ces considérations conduisent la CJCAS, dans le cadre d'un arrêt rendu ce jour dans la procédure parallèle en matière d'assurance-accidents (ATAS/833/2020), à renvoyer le dossier à la CNA afin qu'elle mette en œuvre une expertise à tout le moins rhumatologique, conformément à l'art. 44 LPG. En vue de compléter l'instruction, il appartiendra donc à l'office intimé d'obtenir auprès de la CNA une copie du (futur) rapport d'expertise. Enfin, il convient de relever que le Dr O\_\_\_\_\_, à l'instar des médecins de la CRR, a préconisé une prise en charge psychiatrique/psychothérapeutique, après avoir relevé notamment que « [...] lorsqu'on pousse un peu [le recourant], on s'aperçoit qu'on a une dégradation car sur le plan psychologique, il n'a jamais été suivi, il se met à pleurer et évalue mal son avenir [...] ». Toutefois, la question d'une éventuelle incapacité de travail résultant de troubles psychiques n'a pas été examinée par la CNA, dans la mesure où elle est partie du principe que lesdits troubles n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident, selon l'appréciation du Dr P\_\_\_\_\_. Cette appréciation-là est toutefois dénuée de pertinence dans le cadre de la présente procédure. En effet, alors que la responsabilité de l'assurance-accidents se limite aux seules atteintes qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré, l'assurance-invalidité doit tenir compte de l'ensemble des pathologies dont souffre l'assuré (ATF 119 V 337 consid. 1 et les références

; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 301/05 du 11 mai 2006 consid. 3.1). Aussi, conformément à son obligation d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA) et dans le but de clarifier la capacité de travail du recourant également sous l'angle psychique, il conviendrait que l'intimé obtienne, à tout le moins, un rapport se prononçant sur cette capacité de travail de la part du thérapeute auquel le recourant s'est adressé, sur conseil des médecins de la CNA.

## **E. 12**

Partant, le recours sera partiellement admis et la décision du 7 novembre 2019, annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision.

A/4370/2019 - 22/23 - Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03), à charge de l'intimé. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI). \*\*\*\*\*

A/4370/2019 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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