

GE_GERICHTE ATAS/867/2014 vom 16. Juli 2014

GE Cour de justice, 2014-07-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_867_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/867/2014 du 16 juillet 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/867/2014 del 16 luglio 2014

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche 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; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

A/343/2014 - 10/17 - En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985. LPA ; RS/GE E 5 10).

E. 5

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité.

E. 6

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 (art. 7 LPGA). (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). 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. 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

E. 7

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas

A/343/2014 - 11/17 - 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; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p.

224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

E. 8

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

A/343/2014 - 12/17 - 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. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb).

E. 9

En l'espèce, il résulte des documents médicaux figurant au dossier que la recourante souffre depuis plusieurs années d'une grave dystonie cervicale avec un torticolis spasmodique. En outre, depuis 2005, elle présente un état dépressif suite à un épuisement professionnel, avec des attaques de panique. a) Sur le plan neurologique, les diagnostics retenus par les médecins neurologues traitants et l'expert, le Dr J_____, sont identiques, à savoir une dystonie cervicale sévère (torticolis spasmodique). Concernant les limitations fonctionnelles, le Dr D_____ indique que la recourante présente une limitation physique majeure provoquée par la dystonie cervicale douloureuse, que les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance sont limitées en relation avec la douleur et la contracture cervicale ainsi que l'état dépressif, en tout cas depuis novembre 2006. Dans son

rapport du 16 décembre 2010, le Prof. C _____ indique qu'il suit la patiente depuis 1999 et lui a administré un traitement de Botulinumtoxin (Botox), de telle sorte que la patiente a pu continuer à travailler. En 2006-2007, des symptômes psychiques, avec attaques de panique, sont survenus et depuis octobre 2009, la dystonie s'est de nouveau aggravée, avec un torticolis massif latéral gauche, ainsi qu'une dystonie de la musculature paravertébrale et du muscle pectoral gauches. Au regard de la symptomatologie, la patiente est sévèrement limitée. A cela s'ajoutent des difficultés psychiatriques qui sont en partie réactionnelles (signes de dépression et d'anxiété), à évaluer. L'expert neurologue, le Dr K _____, considère également que le torticolis spasmodique dans le cadre d'une dystonie sévère entraîne des limitations. Pour ce qui est de la capacité de travail, les médecins traitants (les Drs D _____, médecine interne, E _____, psychiatre, H _____, neurologue et psychiatre, ainsi que le Prof. C _____, neurologue) sont unanimes à considérer que la recourante est incapable de travailler à 100 % dans son activité habituelle depuis novembre 2006, respectivement janvier 2007, en raison de ses atteintes à la santé physique et psychique. Ils considèrent de surcroît qu'aucune autre activité n'est adaptée à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles. En effet, contrairement à ce que le SMR soutient, le Prof. C _____, en répondant à la question no. 6 du rapport du 31 octobre 2011, a en réalité voulu parler d'une incapacité de travail de 100% depuis le 1er janvier 2007 et non pas d'une capacité de travail, ce qui ressort de ses autres

A/343/2014 - 13/17 - observations (voir réponse à la question 5 :... « Eine Arbeitsfähigkeit in irgendeinem Beruf ist aufgrund dieser Behinderung nicht mehr zumutbar »), ainsi que de ses différents rapports médicaux. Ce point a d'ailleurs été relevé par l'expert neurologue. Le Dr K _____, dans son rapport d'expertise du 14 décembre 2012, a noté à l'examen neuropsychologique notamment un score hautement significatif de la lignée anxio-dépressive, un fléchissement en mémoire antérograde verbale, une altération des capacités attentionnelles et un défaut d'incitation non verbale et d'inhibition sans autre altération des fonctions exécutives. Sur le plan neurologique, l'expert considère que la capacité de travail comme conseillère en marketing ou toute autre activité de bureau est limitée à 50 %, sans tenir compte des éléments psychiatriques, à raison de 4 heures par jour, si possible fractionnées. Une activité plus physique serait encore plus sévèrement limitée de 80 à 100 %. Selon l'expert, il n'y a pas d'autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles. L'incapacité de travail est justifiée médicalement depuis 5 ans environ. Le pronostic est celui d'une stabilité ou d'une péjoration ultérieure. Force est ainsi de constater que l'expert neurologue estime la capacité de travail à 50 % en indiquant expressément que son appréciation ne tient pas compte de l'aspect psychiatrique, qu'il convient d'évaluer, alors que les médecins traitants prennent en compte l'ensemble des atteintes à la santé, à la fois sur le plan somatique et psychique, pour conclure à une incapacité de travail totale dans toute activité. Il convient d'examiner quelles sont les conclusions des médecins psychiatres, respectivement de l'expert psychiatre. b) Du point de vue psychiatrique, la chambre de céans constate qu'aussi bien les diagnostics posés que l'évaluation de la capacité de travail par les psychiatres ne sont pas concordants. Dans ses rapports adressés à l'intimé en date des 15 mars et 15 septembre 2011, le Dr E _____, psychiatre traitant, qui a suivi la recourante depuis le mois d'avril 2007, pose le diagnostic d'état dépressif récurrent d'intensité moyenne d'épuisement professionnel, avec syndrome somatique et attaques de panique. Les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance sont limitées. L'incapacité de travail est totale dans l'activité habituelle, qui n'est plus exigible, et il n'y a pas d'activité adaptée. En revanche, selon un certificat médical daté du 28 novembre 2007

destiné à l'assureur perte de gain, le psychiatre traitant indique que la recourante peut reprendre une activité professionnelle à 100 % depuis le 1er décembre 2007. Enfin, lors d'un entretien téléphonique avec l'expert I_____ - VIRET en date du 12 mars 2012, le psychiatre traitant indique qu'il avait signé un arrêt de travail à 100 % d'août 2007 à fin novembre 2007, puis plus, car la patiente n'avait plus d'activité professionnelle. Interrogé par l'expert psychiatre sur la capacité de travail, alors que le suivi avait cessé le 19 octobre 2010, avec une

A/343/2014 - 14/17 - consultation encore le 10 février 2011, le Dr E_____ indique « je pense qu'elle aurait eu une capacité de travail si elle avait eu une activité. Concernant son activité indépendante, cela me semble difficile vu son manque de punch ». La chambre de céans constate que les appréciations du Dr E_____ quant à la capacité de travail sont pour le moins contradictoires. Le Dr G_____, expert mandaté par l'assureur perte de gain, diagnostique le 19 juillet 2007, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, bien que ce dernier ne soit pas tout à fait clair. Il ne fait pas état d'attaques de panique avant le mois de novembre 2006. Il a évalué la capacité de travail à 50 %, car l'expertisée peut mener à bien une bonne partie de ses activités habituelles ; cette capacité pourrait s'avérer pleine et entière après un traitement bien conduit. Une activité adaptée n'entre pas en ligne de compte, car l'état dépressif d'intensité moyenne la prétérite tant physiquement que psychologiquement. Là aussi, les conclusions de cet expert sont incomplètes, dans la mesure où le diagnostic n'est pas clairement établi, qu'il ne se prononce pas clairement sur les limitations fonctionnelles et qu'il évalue la capacité de travail à 50 % en se référant aux « activités habituelles », sans autre précision. L'expertise précitée ne saurait ainsi revêtir pleine valeur probante. De son côté, le Dr H_____, neuropsychiatre, explique dans son rapport du 29 novembre 2011 qu'il suit la recourante à sa consultation depuis 1993. Il signale des premières attaques de panique en 1972 et 1990, une péjoration de la symptomatologie due à la dystonie, de même que du point de vue psychique en 2007 et 2008. En 2009, il note une aggravation, avec attaque de panique. Depuis début 2011, elle ne présente plus d'épisode dépressif sévère. Les limitations fonctionnelles d'ordre cognitif sont notamment les capacités de concentration et de résistance. Il pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement de degré moyen, avec trouble panique. Selon ce médecin, l'incapacité de travail est durable depuis début 2007. Mandatée pour expertise, la Dresse I_____ retient dans son rapport du 19 mars 2012 le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique. Selon l'expert, un trouble dépressif récurrent ne peut être retenu, car il s'agit du même épisode dépressif et non de plusieurs épisodes entrecoupés de périodes de rémission. Les attaques de panique sont présentes, mais épisodiques. Les limitations fonctionnelles sur le plan psychique sont les suivantes : abaissement de la thymie, anhédonie, ralentissement psychomoteur, difficultés à se concentrer et à soutenir son attention et réduction des capacités d'adaptation et d'apprentissage. L'expert estime que ces limitations interfèrent de 50% depuis novembre 2006 dans l'activité de consultante en marketing, soit 4 heures par jour, fractionnées si nécessaire, et de 30 % dans une activité adaptée, nécessitant peu de stress et de responsabilité. A la fin de son rapport, l'expert indique que d'autres activités sont exigibles de la part de l'assurée, pour autant qu'elles s'exercent dans un premier temps à 70% dans une activité avec absence de stress, de responsabilité, d'adaptabilité et de concentration.

A/343/2014 - 15/17 - La chambre de céans relève en premier lieu que les explications de l'expert quant au diagnostic apparaissent contradictoires ; en effet, il s'agirait d'un même

épisode dépressif, alors qu'en page 15 de son rapport, elle note que la recourante a présenté en avril 2005 un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive ayant nécessité un arrêt de travail d'un mois. Elle n'explique pas non plus pour quelle raison elle s'écarte du degré de sévérité relaté par le Dr H_____ depuis 2007, alors que les limitations fonctionnelles sont pratiquement les mêmes. Concernant la capacité de travail, l'expert l'estime à 50 % dans l'activité habituelle. Or, au vu du cahier des charges de la recourante et de la description des tâches décrites de manière détaillée par l'employeur dans son certificat de travail du 25 janvier 2008, l'activité habituelle de la recourante était à l'évidence celle d'un cadre supérieur hautement qualifié, exerçant des responsabilités dans plusieurs domaines, soit une activité exigeante nécessitant une grande force de travail. Au regard des seules limitations psychiques, on peine à comprendre les conclusions de l'expert, en contradiction avec ses propres constatations. Il en va de même en ce qui concerne l'exigibilité dans une activité adaptée (50 % ? 70 % ?). Ces contradictions sont propres à jeter le doute quant à la valeur probante de l'expertise. Enfin, la chambre de céans relève que les deux experts mandatés par l'intimé se sont prononcés séparément sur les atteintes à la santé et sur la capacité de travail, chacun au regard de sa spécialité. Il n'y a pas eu d'expertise pluridisciplinaire, ni même un consilium entre les experts pour évaluer de manière globale quelles sont les répercussions des atteintes à la santé somatiques et psychiques sur la capacité de travail de la recourante. Quant au problème oculaire, à savoir l'absence de vision centrale de l'œil gauche qui aurait déjà entraîné des chutes, on ignore s'il implique des limitations et quelles en sont les conséquences sur la capacité de travail. Aucun médecin ne s'est prononcé à cet égard. De surcroît, l'aggravation signalée depuis environ deux ans par le Prof. C_____ dans son rapport du 24 octobre 2013, à savoir une dystonie musculaire du visage, des tremblements de la tête (Kopftremor), des migraines avec aura entraînant de sévères limitations et une incapacité de travail totale dans toute activité, n'a pas été discutée par l'intimé. Quoi qu'il en soit, au regard des limitations physiques et psychiques, l'activité antérieure n'apparaît plus exigible et c'est à tort que l'intimé a retenu que la recourante présentait une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de tirer des conclusions définitives quant aux atteintes à la santé présentées par la recourante et leurs conséquences sur sa capacité de travail, notamment sur le plan de l'exigibilité dans une activité adaptée. La cause sera par conséquent renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire. Il lui incombera de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire afin que les experts se prononcent sur toutes les atteintes à la santé présentées par la recourante et leur évolution depuis novembre 2006, qu'ils décrivent les limitations fonctionnelles et se prononcent, en consilium, sur la capacité de travail résiduelle.

A/343/2014 - 16/17 -

E. 10

Une fois fixé sur la capacité de travail, il conviendra de procéder au calcul du degré d'invalidité conformément à l'art. 16 LPGA (cf. art. 28a LAI) et de comparer le revenu que la recourante aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il sied de rappeler que la comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V

135 consid. 2a et 2b). Il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; 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 doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). En l'occurrence, le moment de la survenance de l'invalidité est novembre 2007, conformément à l'art. 29 al. 1 let. b LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, date à laquelle la rente d'invalidité a pris naissance. La comparaison des gains devra ainsi s'effectuer en 2007. Dans la mesure où l'activité habituelle de cadre supérieur n'apparaît plus exigible, comme vu supra, et pour autant qu'il subsiste une capacité de travail résiduelle dans une activité lucrative adaptée – que l'intimé devra définir –, il conviendra de procéder à la comparaison des gains. Dans ce cadre, l'intimé devra notamment instruire la question du salaire sans invalidité, au vu des différences relevées entre les CI, les renseignements communiqués par l'employeur et les chiffres ressortant des déclarations de salaires annuelles. Pour le surplus, la recourante ayant déposé sa demande de prestations le 13 janvier 2011 seulement, c'est à juste titre que l'intimé a octroyé la rente d'invalidité dès le 1er juillet 2011, soit au plus tôt à l'échéance du délai de six mois dès le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI, nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 6 octobre 2006 [5ème révision AI], en vigueur depuis le 1er janvier 2008).

E. 11

Au vu des considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis, la décision annulée en tant qu'elle fixe le degré d'invalidité à 50 % et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

E. 12

La recourante, représentée par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée à CHF 1'500.- (art. 62 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS/GE E 5 10.03). Au vu du sort du litige, l'émolument, arrêté à CHF 500.-, est mis à la charge de l'intimé (art. 69al. 1bis LAI).

A/343/2014 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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