

## **GE\_GERICHTE ATAS/971/2008 vom 2. September 2008**

GE Cour de justice, 2008-09-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_971\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_971_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/971/2008 du 2 septembre 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/971/2008 del 2 settembre 2008

### **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.

A/1050/2008 - 5/13 -

#### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 28 février 2008 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à fin 2004, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

#### **E. 3**

En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

#### **E. 4**

L'objet du litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité.

#### **E. 5**

a) Aux termes des art. 8 LPGA et 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA, comme la 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. 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

#### **E. 6**

b) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : 40% au moins donne droit à un

A/1050/2008 - 6/13 - quart de rente, 50% au moins donne droit à une demi rente, 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente, et 70% au moins donne droit à une rente entière

#### **E. 7**

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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, conformément à la doctrine médicale (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

#### **E. 8**

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René SCHAUFFHAUSER /Franz SCHLAURI (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence,

les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail

A/1050/2008 - 7/13 - ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss). Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés par la jurisprudence - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352 consid.2.2.4. et les arrêts cités). Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de

A/1050/2008 - 8/13 - travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des

facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

#### **E. 9**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

A/1050/2008 - 9/13 -

#### **E. 10**

Il y a lieu de rappeler à ce stade que lorsqu'il apprécie des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

#### **E. 11**

En l'espèce, le médecin traitant, l'expert mandaté par la CSS caisse-maladie, ainsi que le Dr P\_\_\_\_\_, ont tous retenu les mêmes diagnostics, des cervicobrachialgies, un status après corporectomie, des lombosciatalgies et une hyperthyroïdie. Ils ont tous estimé l'incapacité de travail de l'assurée comme étant entière dans son activité d'employée de maison. Tant le Dr L\_\_\_\_\_ que le Dr M\_\_\_\_\_ toutefois ont indiqué que l'assurée ne pouvait plus travailler quelle que soit l'activité envisagée, alors que le Dr P\_\_\_\_\_ a considéré qu'une activité à 70% depuis juin 2005 était possible dans une activité respectant certaines limitations. Le Tribunal de céans constate que l'examen réalisé par le Dr P\_\_\_\_\_ remplit tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante. Il a expliqué en quoi consistaient les atteintes à la santé de l'assurée et quelles limitations elles entraînaient. Ces conclusions sont claires et bien motivées. Elles ont ainsi convaincu le Tribunal de céans, ce d'autant plus que le dossier au moment de l'examen effectué par le Dr P\_\_\_\_\_ était complet, ce qui n'était pas le cas lors de l'expertise réalisée par le Dr L\_\_\_\_\_ en octobre 2005. Il y a lieu de retenir en conséquence que les atteintes à la santé présentées par l'assurée entraînent une diminution de la capacité de travail dans une mesure ne dépassant pas 70%.

#### **E. 12**

Le Dr L\_\_\_\_\_ a évoqué la présence de troubles somatoformes. L'état dépressif dont souffre l'assurée, qui n'a du reste pas nécessité jusqu'à présent l'intervention d'un médecin psychiatre ne constitue cependant à l'évidence pas la comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante exigée par la jurisprudence pour qu'un trouble somatoforme douloureux soit considéré comme invalidant. Le Dr M\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un état dépressif sans toutefois en qualifier l'intensité. Le Dr L\_\_\_\_\_ a fait état d'un épisode dépressif moyen. La Dresse Q\_\_\_\_\_ a exclu toute atteinte psychiatrique à caractère invalidant. Elle n'a trouvé aucun signe de symptômes parlant en faveur d'un trouble délirant ni une autre pathologie psychiatrique.

#### **E. 13**

Reste à examiner les autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet d'admettre le caractère non exigible de la reprise de travail. On ne voit pas que l'assurée réunit en sa personne plusieurs de ceux-ci, ou du moins pas dans une mesure très marquée, qui fonde un pronostic défavorable s'agissant de la reprise

A/1050/2008 - 10/13 - d'une activité professionnelle. Le critère relatif aux affections corporelles chroniques (1) apparaît comme réalisé, l'assurée souffrant depuis plusieurs années de cervicobrachialgies et de lombosciatalgies plus particulièrement. Le critère relatif à la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (2), n'est à l'évidence pas réalisé.

Il y a lieu de constater que l'assurée ne consulte pas de médecin psychiatre. Aussi ne saurait-on parler d'un état psychique cristallisé, ni d'échecs de traitements (3 et 4). Il apparaît ainsi que l'assurée n'a pas épuisé toutes ses ressources adaptatives. Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'état dépressif en cause ne se manifeste pas avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, il exclut toute mise en valeur de sa capacité de travail. Au contraire, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail. En l'absence de comorbidité psychiatrique, d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes au sens de la jurisprudence, l'incapacité de travail résultant de tels troubles

s'évalue en effet à la lumière de critères jurisprudentiels et non plus en regard des seules conclusions médicales dont il est dès lors possible de s'écarter.

#### **E. 14**

Reste à examiner le degré d'invalidité. A titre préalable, il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 LAI, en corrélation avec les art. 27ss RAI). Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif.

#### **E. 15**

Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125

A/1050/2008 - 11/13 - V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées). Le critère de la vraisemblance prépondérante, qui est généralement appliqué dans le domaine du droit de l'assurance sociale, vaut également pour l'appréciation des preuves en assurances sociales (ATF 111 V 372 consid 1b et 105 V 229 consid 3a). La notion de vraisemblance prépondérante signifie que l'existence d'un fait est plus vraisemblable que son absence (cf. ATF 111 V 374). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf disposition contraire 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). 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).

#### **E. 16**

En l'espèce, l'assurée a travaillé jusqu'au 19 novembre 2004 à raison de 60%, comme employée de maison dans un EMS. Elle a indiqué qu'en bonne santé, elle aurait continué à exercer son activité au même pourcentage. Il convient par conséquent d'admettre que, sans limitation dans son état de santé, l'assurée aurait continué à travailler dans la même proportion qu'au moment de son arrêt de travail, si bien que son degré d'invalidité doit être déterminé selon la méthode mixte, à raison de 60% pour l'activité lucrative et de 40% pour

les travaux habituels.

### **E. 17**

En l'espèce, le Tribunal de céans a admis que la capacité de travail de l'assurée était de 70%, conformément aux constatations des médecins du SMR, ce dans le cadre d'une activité exercée à 60%. Il appert par ailleurs de l'enquête ménagère du 23 janvier 2008 qu'elle présente un empêchement à accomplir les travaux ménagers à hauteur de 43,15 %. Le calcul du degré d'invalidité a ainsi été établi sur la base de la comparaison des revenus et d'une capacité de travail de 70% pour la part qui aurait été consacrée à une activité lucrative, soit à 60%, et de l'empêchement à accomplir les travaux ménagers de 43,15%, pour la part de non-active, soit à 40%. Le Tribunal de céans constate que le calcul auquel a procédé l'OCAI s'agissant de la comparaison des revenus, est conforme aux dispositions légales et réglementaires applicables, ainsi qu'à la jurisprudence du TFA.

A/1050/2008 - 12/13 -

Le calcul servant à déterminer le degré d'invalidité se présente comme suit :  $E \times IE + ([EZ - E] \times H) \times EZ$

E = travail fourni par les assurés en tant que personnes non invalides exerçant une activité lucrative en heures par semaine  
IE = handicap rencontré en tant que personne exerçant une activité lucrative en pour cent  
EZ = durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche concernée, en heures par semaine  
H = handicap rencontré dans le ménage en pour cent. Ce qui donne en l'espèce 29%.  
Force dès lors est de constater que ce degré d'invalidité n'est pas suffisant pour justifier l'octroi d'une rente d'invalidité.

### **E. 18**

C'est également à juste titre que l'OCAI a nié le droit de l'assurée à une allocation pour impotent, au motif qu'elle n'avait besoin de l'aide d'autrui que pour accomplir un seul acte ordinaire de la vie. Les art. 42 al. 2 LAI et 37 al 3 RAI prévoient en effet que : "l'impotence peut être grave, moyenne ou faible", et que :

"l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : a. de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie ; b. d'une surveillance personnelle permanente ; c. de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré ; d. de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux ; ou e. d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38".

### **E. 19**

Aussi le recours est-il rejeté.

A/1050/2008 - 13/13 -

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