

GE_GERICHTE A/1066/2016 vom 30. August 2016

GE Cour de justice, 2016-08-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1066_2016

FR: GE_GERICHTE A/1066/2016 du 30 août 2016

IT: GE_GERICHTE A/1066/2016 del 30 agosto 2016

Erwägungen

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, 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

Selon l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, applicable via par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement. Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour qui suit. Le droit cantonal déterminant est celui du canton ou la partie ou son mandataire a son domicile ou son siège (art. 38 al. 3 LPGA). Suite à la notification de la décision querellée le 24 février 2016, le délai de recours a commencé à courir le lendemain (art. 38 al. 1 LPGA). Suspendu du 20 mars au 3 avril 2016, il est arrivé à échéance le samedi 16 avril 2016. Posté le 8 avril 2016, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

À titre préliminaire, il y a lieu de déterminer l'objet du litige. a. 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 attaqué. 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 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2 et les références). b. Toujours selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question

en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). En outre, la question qui excède l'objet de la contestation doit être en état d'être jugée et le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force. Enfin, il faut que tous les droits procéduraux des parties soient respectés (Ulrich MEYER, Isabel VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in *Mélanges Pierre Moor*, p. 446). c. En l'espèce, la décision querellée aborde la révision des prestations allouées au recourant uniquement sous l'angle de la révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGGA) et de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGGA) de la décision du 9 octobre 2014. L'intimée a certes pris position au sujet d'une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGGA avant les décisions du 18 décembre 2015 et du 19 février 2016, mais c'était de manière informelle en date du 22 mai 2015. Il n'existe donc pas à ce jour de décision formelle (art. 49 LPGGA) se prononçant sur la question d'une révision des prestations pour l'avenir. Il ressort toutefois de l'appréciation du Dr H_____ du 27 octobre 2015, sur laquelle se fonde la décision querellée, que ce médecin a été recontacté par la SUVA en vue « d'apprécier si de nouveaux faits médicaux ont été découverts et s'ils sont en relation causale avec l'accident survenu en 2009 au degré de la vraisemblance prépondérante » et qu'il est parvenu à la conclusion que « les documents présentés ce jour ne [mettaient] en évidence aucun fait médical nouveau susceptible de remettre en question les appréciations neurologiques précédentes » (cf. pièce 205 p. 1 et 4 intimée). Dans la mesure où les documents soumis au Dr H_____ sont datés du 1^{er} septembre 2014 au 23 septembre 2015, la situation – caractérisée par l'absence de fait nouveau aux dires de ce médecin – vaut non seulement pour l'époque de la décision du 9 octobre 2014, mais aussi pour la période subséquente. Il existe partant un état de fait commun aux deux types de révision. On relève par ailleurs que l'intimée s'est prononcée sur une éventuelle révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGGA à deux reprises au cours de la procédure (réponse 3 mai 2016 et duplique du 13 juillet 2016) et qu'il ressort des écritures du recourant que celui-ci invite la chambre de céans à analyser le cas principalement sous l'angle de cette dernière disposition légale nonobstant l'absence de décision formelle préalable. Dans ces circonstances, il convient, pour des motifs d'économie de procédure, d'élargir l'objet de la contestation à une éventuelle révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGGA. En conséquence, le litige porte sur le point de savoir si le recourant peut prétendre à la révision (au sens des art. 17 al. 1 ou 53 al. 1 LPGGA) des prestations allouées par l'intimée par décision du 9 octobre 2014, entrée en force (rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 30% et indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 35%).

E. 5

a. La rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) peut être révisée à la suite d'une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGGA). Cette modification peut concerner aussi bien l'état de santé que les conséquences économiques d'un état de santé demeuré en soi inchangé (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Pour être prise en considération, une péjoration de l'état de santé doit être en relation de causalité avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_803/2012 du 15 octobre 2013 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 66/94 du 4 novembre 1994 consid. 3b). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant

les faits tels qu'ils se présentaient au moment où la dernière décision après un examen matériel des conditions du droit à la rente a été rendue et les circonstances au moment de la décision de révision (ATF 130 V 343 consid. 3.5). En outre, la révision de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est possible qu'exceptionnellement, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4, 2ème phrase, OLAA). b. Par ailleurs, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (art. 53 al. 1 LPGA). En outre, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA).

E. 6

a. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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 125 V 351 consid. 3). b. 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).>[if> b/aa. 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). b/bb. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

c. Selon la jurisprudence, il importe, dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, que toute appréciation médicale qui diverge des avis médicaux précédents indique de manière suffisamment claire dans quelle mesure une modification de l'état de santé s'est produite depuis la dernière décision. La valeur probante d'un rapport médical produit en vue d'une révision du droit aux prestations dépend essentiellement du point de savoir s'il se rapporte de manière suffisamment étroite à l'objet de la preuve, soit l'existence d'une modification significative de l'état de fait. Lorsqu'une telle modification n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 consid. 3.1), le principe du fardeau de la preuve commande de s'en tenir au statu quo (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2013 du 7 novembre 2013 consid. 2.3 et 2.4, et les arrêts cités).

E. 7

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 p. 185 et les références). Dans le cadre de l'application de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur dispose d'une grande latitude pour déterminer quels moyens doivent être mis en œuvre pour déterminer les faits pertinents. L'objet de la preuve dépend de la situation concrète en fait et en droit. Le principe inquisitoire commande ainsi de déterminer l'état de fait pertinent dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour pouvoir se prononcer, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur le droit aux prestations (arrêt du Tribunal fédéral 8C_815/2012 consid. 3.2.1). Si une révision des prestations a été demandée en application de l'art. 17 al. 1 LPGA, cela implique que l'assureur se penche sur l'évolution de l'état de santé jusqu'à la prise d'une décision sur opposition. Il incombe ainsi à l'assureur de procéder aux investigations nécessaires pour la période concernée (cf. Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2015 ad art. 43 LPGA, p. 572 n. 21 et la référence à un arrêt cantonal publié in SVR 2006 IV n° 17 dans lequel les juges avaient estimé que le principe inquisitoire avait été violé en tant que l'office de l'assurance invalidité s'était fondé sur une expertise vieille de 15 ans malgré la mise en évidence d'un substrat médical nouveau par le médecin traitant généraliste de l'assuré).

E. 8

En l'espèce, le recourant soutient qu'une demande de révision en 2015 sous l'angle de l'art. 17 LPGA n'est de loin pas inopportune. À l'appui de cette assertion, il se réfère à l'entretien du 23 septembre 2015 lors duquel la représentante de l'employeur avait déclaré que de l'avis du corps médical des HUG, les troubles consécutifs à l'accident – troubles mnésiques, céphalées, cervicalgies et lombalgies – s'étaient progressivement amplifiés pour se dégrader depuis environ une, voire deux années. Il ajoute que le status neurologique établi par la Dresse K_____ le 22 janvier 2015 relèverait des troubles mnésiques très importants qui excèderaient une atteinte modérée à moyenne au sens de la table 8 SUVA et

qu'il manquerait notamment toute forme d'appréciation psychiatrique, d'où la nécessité de mettre sur pied une évaluation médicale pluridisciplinaire afin de déterminer si une révision sous forme d'une augmentation de la rente LAA est indiquée. Le raisonnement du recourant ne saurait être suivi. À l'examen des rapports médicaux censés corroborer l'aggravation alléguée, aucun de ceux-ci n'indique en effet que les conséquences de l'accident du 7 mars 2009 auraient empiré, ni même qu'une aggravation de l'état de santé se serait produite depuis la décision du 9 octobre 2014. Dans ses certificats du 22 janvier 2015 et 20 mars 2015, rigoureusement identiques au demeurant (pièces 158 et 198 intimée), la Dresse K_____ indique qu'à la suite de l'accident du 9 mars (recte : 7 mars) 2009, le recourant souffre de troubles mnésiques, de céphalées chroniques, de cervicalgies de lombalgies et d'une hémochromatose hétérozygote. Or, force est de constater que les affections en question faisaient déjà partie du tableau clinique pris en compte au moment de la décision du 9 octobre 2014 (cf. bilan neuropsychologique de la doctoresse M_____ du 30 septembre 2013 et expertise neurologique des docteurs N_____ et O_____ du 16 octobre 2013 ; pièces 111 et 114 intimée) à l'exception de la dernière pathologie citée par la Dresse K_____. Ce médecin traitant n'indique toutefois pas en quoi les quatre premiers troubles qu'elle cite auraient évolué depuis le 9 octobre 2014. Quant à l'hémochromatose, le Dr H_____ souligne clairement dans son appréciation du 27 octobre 2015 qu'il s'agit d'un trouble métabolique général qui est de toute évidence étranger à l'accident. Ainsi, la seule atteinte nouvelle mentionnée par le médecin traitant n'est pas pertinente, car dépourvue de lien de causalité avec l'accident. On mentionnera également que les Drs I_____ et J_____ ne font pas non plus état d'une éventuelle aggravation des troubles constatés, ni de faits nouveaux dans leur rapport du 11 novembre 2014 (cf. rapport d'expertise neurologique du 16 octobre 2013 ; pièce 114, p. 3 intimée ainsi que l'appréciation du Dr H_____ du 27 octobre 2015). Le recourant ne saurait non plus être suivi en tant qu'il reproche l'absence de toute appréciation psychiatrique à l'intimée. Il ressort au contraire des pièces que le dossier comporte une telle appréciation remontant au 12 juin 2013, dans laquelle le docteur L_____, psychiatre conseil de l'intimée, considère en substance que la situation n'a pas évolué par rapport à sa précédente appréciation du 7 octobre 2009 dans laquelle il faisait état d'un trouble de l'adaptation avec des caractéristiques émotionnelles mixtes anxieuses et dépressives, soit « relativement peu de choses sur le plan psychiatrique », le tableau clinique étant surtout marqué par une atteinte neuropsychologique majeure pour laquelle « il serait peut-être utile de demander un avis spécialisé au neurologue de la SUVA » (pièce 95 intimée). En outre, le recourant ne produit aucun rapport médical attestant d'une quelconque aggravation de la situation sur le plan psychiatrique. On relèvera en dernier lieu qu'en envisageant le cas sous l'angle des conséquences économiques d'un état de santé demeuré en soi inchangé, il n'existe pas non plus de modification significative depuis la décision du 9 octobre 2014 puisque l'arrêt de travail à 100% dans la profession habituelle remonte déjà au 27 janvier 2014. Le fait que l'intimée ne l'ait appris qu'en date du 13 novembre 2014 n'est pas pertinent sous l'angle de l'art. 17 al. 1 LPGA dès lors que cette modification de la capacité de gain existait déjà au moment de ladite décision. En revanche, la prise de connaissance a posteriori de cette modification préexistante doit être examinée sous l'angle de l'art. 53 al. 1 LPGA (cf. Ueli KIESER, op. cit. n. 23 ad art. 53 LPGA et ci-dessous : consid. 9 et 10). Cela étant, il convient, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une instruction complémentaire – comme le demande le recourant – de se fonder sur les conclusions dûment motivées du Dr H_____. Bien que celui-ci ait considéré dans un premier temps, soit le 7 mai 2015, qu'il ne lui était pas possible de se prononcer sur

l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 7 mars 2009 et les troubles rapportés, ce médecin a ensuite exposé clairement que les rapports versés au dossier depuis le 7 mai 2015 n'attestaient d'aucun fait nouveau important en relation de causalité avec l'accident du 7 mars 2009. Ainsi, l'existence d'une aggravation de l'incapacité de travail – ou de gain – découlant d'une atteinte à la santé en relation avec cet accident doit être niée. Partant, il n'y a pas non plus matière à réviser l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, étant rappelé que la révision de cette indemnité n'est possible que si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4, 2ème phrase, OLAA).

E. 9

Reste à examiner s'il y a lieu de procéder à une révision (procédurale) de la décision du 9 octobre 2014. La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPG), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPG) ou de révision d'un arrêt fondé sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (arrêt du Tribunal fédéral 8C_868/2010 du 6 septembre 2011 consid. 3.2). Sont « nouveaux » au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 134 III 669 consid. 2.2 et les références). Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas qu'un médecin ou un expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (arrêt du Tribunal fédéral 8C_368/2013 du 25 février 2014 consid. 5.1 et les références citées).

E. 10

En l'espèce, dans la mesure où les rapports médicaux postérieurs à la décision du 9 octobre 2014 (rapports des Drs K_____, d'une part, I_____ et J_____, d'autre part) n'attestent, au vu de ce qui précède, aucune aggravation de l'état de santé du recourant qui soit en relation de causalité avec l'accident, les avis de ces médecins ne contiennent aucun fait nouveau de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de cette décision (pour un cas et un raisonnement similaire : cf. l'arrêt 8C_368/2013 précité consid. 5.2). Quant au rapport du Dr E_____ du 1^{er} juillet 2014, lequel mentionne que le recourant souffre de troubles neuropsychologiques et neurologiques, d'une asthénie chronique ainsi que d'un état dépressif apparu suite à l'accident de la voie publique du 7 mars 2009, il ne fait état d'aucun fait nouveau inconnu du recourant ou de l'intimé au moment de la décision du 9 octobre 2014, pas plus qu'il n'apporte la preuve d'un fait dont l'existence n'avait pu être prouvée à cette époque. En effet, les troubles mentionnés par le Dr E_____ ressortent déjà des divers rapports sur lesquels la décision du 9 octobre 2014 se fonde. Par ailleurs, en tant que certains médecins – notamment les Drs E_____ et K_____ (pièce 156 p. 4-22

intimée) – attestent d'une incapacité de travail totale depuis le 27 janvier 2014, ils donnent une appréciation différente de la capacité de travail du recourant, ce qui ne suffit pas cependant pour justifier la révision de la décision d'octroi de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en vertu de l'art. 53 al. 1 LPGa. On signalera en dernier lieu que même si l'intimée n'avait éventuellement pas connaissance de la diminution de la capacité de gain du recourant au moment de la décision du 9 octobre 2014, le recourant avait lui-même connaissance de ce fait depuis le 27 janvier 2014, de sorte qu'il ne tenait qu'à lui d'en tirer argument en temps utile. Enfin, les divers avis médicaux produits par le recourant à l'appui de sa demande de révision/reconsidération ne font pas non plus apparaître la décision du 9 octobre 2014 comme manifestement erronée au sens de l'art. 53 al. 2 LPGa. Quoi qu'il en soit, la chambre de céans ne saurait contraindre l'intimée à reconsidérer cette décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_901/2007 du 8 octobre 2008 consid. 3 non publié à l'ATF 134 V 401).

E. 11

Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa). *** 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.