

VD_GERICHTE ZA18.054554 vom 27. August 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-08-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA18.054554

FR: VD_GERICHTE ZA18.054554 du 27 août 2020

IT: VD_GERICHTE ZA18.054554 del 27 agosto 2020

Erwägungen

E. 16

% au minimum, qu'une rente transitoire lui soit versée du 1er janvier 2018 jusqu'au terme des mesures de réadaptation de l'OAI, le 31 août 2018, puis qu'une rente d'invalidité lui soit octroyée et qu'un traitement médical approprié soit pris en charge. Plus subsidiairement encore, il a conclu à l'octroi d'une rente à compter du 1er janvier 2018 et à la prise en charge d'un traitement approprié. Il a enfin conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. L'assuré a requis l'interpellation de D. _____ SA au sujet des heures supplémentaires moyennes effectuées ainsi que des Drs V. _____ et G. _____ s'agissant de la stabilisation de l'état de santé sur le plan neurologique. Il a également requis que l'assistance judiciaire lui soit octroyée et que son conseil soit nommé d'office. A l'appui de son recours, l'assuré a notamment allégué qu'il avait finalement obtenu une aide au placement de la part de l'OAI en août 2018, de sorte qu'une rente transitoire devait lui être accordée. Concernant la rente d'invalidité, il a contesté le revenu sans invalidité retenu par la CNA en se fondant sur des renseignements transmis par D. _____ SA à son conseil par courrier du 28 novembre 2018. Il a allégué un revenu sans invalidité de l'ordre de 70'000 francs. Il a également contesté le revenu avec invalidité calculé sur la base des DPT. C'était au contraire sa situation effective qu'il y avait lieu de prendre en considération, dès lors qu'il était engagé à plein temps dès le 1er février - 15 - 2018 [recte : 2019] par I. _____ Sàrl, une société active dans le domaine du courtage en assurance, auprès de qui il avait réalisé deux stages du 10 au 21 septembre 2018 et du 16 au 23 novembre 2018. Selon son employeur actuel, le revenu annuel d'un conseiller junior en assurance s'élevait à 55'000 francs. Après comparaison de ces revenus, c'est un taux d'invalidité d'au minimum 16,80 % qu'il fallait retenir. Par réponse du 21 janvier 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a notamment constaté que l'assuré n'avait pas débuté son activité de courtage au moment de la décision litigieuse, pas plus qu'à ce jour. Il ne s'agissait donc pas d'une activité reposant sur des rapports de travail particulièrement stables. La CNA était ainsi fondée à établir le revenu d'invalidité sur la base des données salariales résultant des DPT. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimée a procédé à un nouveau calcul, se fondant sur les informations transmises par D. _____ SA. Le revenu sans invalidité s'élevait désormais à 64'156 fr 95. Comparé au revenu d'invalidité issu des DPT, il en ressortait un taux d'invalidité de 5,83 %, arrondi à 6 %, ce qui était toujours insuffisant pour ouvrir un droit à une rente. Répliquant le 23 janvier 2019, l'assuré a confirmé ses conclusions. Par courrier du 30 avril 2019, l'assuré a personnellement précisé qu'il travaillait toujours auprès de la société I. _____ Sàrl. Par courrier du 2 avril 2020, le juge instructeur de la Cour de céans a informé les parties que les compléments d'instruction requis étaient rejetés, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, dans la mesure où ils n'avaient pas déjà été ordonnés. Le 19 juin 2020, Me Loroche a produit la liste de ses

opérations. Par courrier du 22 juin 2019, le juge instructeur a requis du recourant qu'il produise le formulaire ad hoc de demande d'assistance

- 16 - judiciaire. Le 20 août 2020, l'assuré a retiré sa demande d'assistance judiciaire. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) Le litige porte sur le droit aux indemnités journalières et à la prise en charge d'une séance de physiothérapie par semaine ainsi qu'à la prise en charge d'antalgiques, pour la période postérieure au 31

- 17 - décembre 2017. Il porte également sur le droit à une rente dès la fin du droit aux indemnités journalières. On précisera que la CNA a admis de prendre en charge une séance de physiothérapie toutes les deux semaines jusqu'à deux ans après l'accident, il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur ce point. c) Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1er janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 6 al. 3 LAA). L'assurance-accidents ne répond que des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité non seulement naturelle mais encore adéquate avec un événement assuré ou une maladie professionnelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 3.2). b) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (cf. art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (cf. art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (cf. art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (cf. art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (cf. art. 18 al. 1

LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la

- 18 - continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (cf. art.

E. 19

al. 1 LAA). c) L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical ainsi qu'aux indemnités journalières et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). Pour qu'il soit possible de statuer sur la rente, il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (cf. TF 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.1 et 5.2 avec la jurisprudence citée). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées). L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (TFA U 244/04 consid. 3.1). L'évolution de l'état de santé de la personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (TFA U 244/04 consid. 3.1 avec références citées ; TF 8C_29/2010 du 27 mai 2010 consid. 4.2). d) L'art. 19 al. 3 LAA prévoit que le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit à la rente lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance- invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard.

- 19 - En application de cette disposition, le Conseil fédéral a édicté l'art. 30 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance- accidents ; RS 832.202). Selon son al. 1, lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI (let. a), avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ou avec la fixation de la rente définitive (let. c). Il s'agit d'une rente transitoire destinée à permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-invalidité, de verser néanmoins une rente d'invalidité sans attendre ce résultat. C'est donc une prestation temporaire, fixée provisoirement, et qui doit être allouée aussi bien pendant le déroulement des mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité que pendant la période qui va de la fin du traitement médical jusqu'au moment où la décision est prise quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, cas échéant à la mise en œuvre de celles-ci (arrêt TF U 331/04 du 31 octobre 2005 consid. 2.2 et ATF 139 V 514 consid. 2.3). Cette rente allouée à titre transitoire et jusqu'au moment où, à l'issue des mesures de réadaptation, il sera possible de fixer de façon

certaine le degré d'invalidité de l'assuré, ne doit pas être confondue avec la rente allouée à titre temporaire, sur la base d'une appréciation anticipée de l'invalidité en fonction de l'accoutumance prévisible de l'assuré aux séquelles de l'accident (ATF 116 V 246 consid. 2b). 4. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

- 20 - b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPG). c) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2). d) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du

E. 23

septembre 2014 consid. 4.2). e) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la

- 21 - personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). On se fondera sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident. Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalide, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence ; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalide sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). 5. Selon le principe de la

libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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

- 22 - examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). 6. On admettra, en l'espèce, qu'il n'y avait effectivement plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement une amélioration notable de l'état de santé, postérieurement au 31 décembre 2017. Sur le plan orthopédique, le recourant ne conteste pas que son état de santé était stabilisé. Sur le plan neurologique, il ressort des rapports du Dr V._____ que la situation a progressé, certes lentement, jusqu'en juin 2017, mais qu'elle s'est ensuite stabilisée (rapport du 6 juillet 2017). En octobre 2017, une nouvelle amélioration ne pouvait être totalement exclue, mais n'était plus vraisemblable au degré de la vraisemblance prépondérante ; elle n'aurait au demeurant pas permis d'améliorer notablement la capacité de travail de l'assuré ni dans sa profession – qui n'était plus adaptée au vu des séquelles tant orthopédiques que neurologiques – ni dans une activité adaptée (rapport du 12 octobre 2017). Pour ces deux motifs, l'intimée était en droit de constater que l'état de santé était stabilisé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et de mettre fin aux indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge du traitement médical. Les rapports du Dr G._____ ne permettent pas de constater le contraire. N'émanant pas d'un spécialiste en neurologie, ces rapports ne sont au demeurant pas objectivés médicalement. Le traitement antalgique prescrit par la Dre Z._____ a pour unique but de soulager la douleur, ce qui ne suffit pas à admettre qu'il permet une amélioration notable de l'état de santé.

- 23 - Dans ce contexte, on peut se demander si la CNA n'aurait pas dû statuer, à l'époque, sur l'IPAI. La question n'est toutefois pas déterminante en l'occurrence. On se limitera donc à remarquer que la Dre C._____ n'attendait pas de l'hypothétique amélioration sur le plan neurologique, dans un délai de deux ans après l'accident, une amélioration notable de la capacité de travail. Il en va de même pour le Dr V._____, quand bien même il n'excluait pas totalement une amélioration fonctionnelle qu'il souhaitait éviter de compromettre par une physiothérapie trop intensive. Une instruction complémentaire sur la question de la stabilisation de l'état de santé n'apparaît pas nécessaire, au vu de ce qui précède. La CNA était légitimée à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé, de mettre fin aux prestations en cours au 31 décembre 2017 et d'examiner son droit à une rente. 7. a) S'agissant du droit à la rente, le recourant conteste le revenu sans invalidité retenu par l'intimée et soutient qu'il aurait pu réaliser un revenu de 70'000 fr. en 2017. Il se réfère à un courrier du 28 novembre 2018 de son précédent employeur à son mandataire. Il

appert que ce courrier documente de manière plus détaillée le revenu que l'assuré aurait réalisé en 2017 s'il n'avait pas été incapable de travailler que le formulaire sur lequel la CNA s'est fondée. Il y a donc lieu de s'y référer. Selon les renseignements transmis par D. _____ SA, le salaire de base annuel de l'assuré se serait élevé à 60'729 fr. en 2017, compte tenu d'une augmentation de 0,7 % qu'il aurait obtenue au mois d'avril. Une part variable fondée sur des objectifs d'équipe, située entre 2'750 fr. et 5'500 fr. au maximum, se serait ajoutée au salaire de base. L'ex- employeur a précisé à ce sujet que si l'intéressé avait travaillé toute l'année en 2017, il aurait obtenu une part variable de 4'565 fr. au plus, pour un taux d'atteinte des objectifs de 165 % par tous les collaborateurs du shop, ce qui était exceptionnel. S'agissant des primes, le recourant

- 24 - avait perçu en moyenne annuelle un montant de 789 fr. depuis son engagement. Il en résulte un revenu sans invalidité de 66'083 francs. Rien n'indique que le recourant aurait perçu une indemnisation pour des heures supplémentaires, comme il l'invoque dans son recours, dans la mesure où le précédent employeur a expressément précisé, dans son courrier du 28 novembre 2018, que les collaborateurs des shops avaient des horaires planifiés et ne faisaient en principe pas d'heures supplémentaires. Le recourant se limite à alléguer qu'il en aurait effectuées et estime la rémunération à 3'900 fr. sur une année, au motif qu'il serait « courant qu'un employé, en particulier ceux travaillant dans un [...] shop, doive effectuer des heures supplémentaires, ne serait-ce que pour terminer une vente avec un client en fin de service ». Le recourant ne produit aucune attestation de salaire émise par le passé par son employeur qui permettrait d'étayer ses allégations. Celles-ci sont au demeurant expressément contredites par le courrier du 28 novembre 2018 de D. _____ SA qu'aucun indice au dossier ne permet d'infirmer. Les fiches de salaire relatives aux mois de juin 2015 à mai 2016, figurant au dossier, confirment les propos de l'employeur. Dans ces conditions, on ne peut tenir pour établi que la rémunération annuelle du recourant aurait été supérieure à 66'083 fr. au moment déterminant pour l'évaluation du droit à la rente, sans qu'il soit utile de compléter l'instruction sur ce point, en particulier par une nouvelle interpellation de l'ancien employeur. Le revenu sans invalidité s'élève donc à 66'083 fr. au plus. b) En ce qui concerne le revenu avec invalidité, le recourant ne soulève pas de grief particulier sur le calcul effectué par l'intimée, mais conteste l'utilisation des DPT. Il soutient que, dans la mesure où il a retrouvé une nouvelle activité professionnelle, il faut se référer au revenu qu'il peut réaliser dans cette nouvelle activité, soit 55'000 fr. annuellement. On ne peut toutefois suivre le recourant sur ce point. Ce revenu est en effet notablement inférieur à celui qu'il pourrait réaliser si l'on se réfère aux descriptions de postes de travail utilisées par la CNA,

- 25 - mais également si l'on se rapporte à l'ESS sur laquelle s'est fondé l'OAI pour fixer le revenu d'invalidé dans sa décision du 4 mai 2018. Dans son actuelle activité, l'assuré n'épuise donc pas sa capacité résiduelle de gain. En outre, et indépendamment de ce qui précède, il n'avait pas encore retrouvé d'activité lucrative au moment où la CNA a statué, mais seulement réalisé deux stages. Le contrat a été signé le 26 novembre 2018, de sorte que l'intimée ne pouvait pas se référer à cette nouvelle activité, celle-ci ne constituant alors pas un rapport de travail stable. Pour le surplus, il convient de constater que lors du choix des DPT, la CNA a respecté les conditions imposées par la jurisprudence en la matière et a pris en compte les limitations fonctionnelles de l'assuré. Le revenu d'invalidé de 60'415 fr. retenu par l'intimée peut être confirmé. Enfin, le choix des DPT, dans l'optique d'une éventuelle rente transitoire au sens de l'art. 30 OLAA, ne prête pas non plus le flanc à la

critique. En effet, les postes retenus ne nécessitent aucune qualification ou formation particulière, les rendant ainsi raisonnablement exigibles sans attendre d'éventuelles mesures de réadaptation octroyées par l'assurance-invalidité. c) Au vu de ce qui précède, le taux d'invalidité présenté par le recourant est de 8,58 % $([66'083 - 60'415] \times 100 : 66'083)$ et le droit à une rente d'invalidité – définitive ou transitoire – n'est pas ouvert, dès lors que le taux est inférieur au seuil légal de 10 %. d) En l'absence de rente, le recourant n'a pas non plus droit au traitement médical après la fixation de la rente (art. 21 LAA). 8. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

- 26 -

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