

BVGer C-3897/2018 vom 3. April 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-04-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3897_2018

FR: TAF C-3897/2018 du 3 avril 2020

IT: TAF C-3897/2018 del 3 aprile 2020

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2). Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2).

E. 1.2

Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où le recourant est directement touché par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, il a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 64 al. 3 PA), le recours est recevable.

E. 2

Le Tribunal administratif fédéral applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (Moor/Poltier, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243). Il se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c). En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 365 consid. 1b p. 366 et les références). Les faits qui sont survenus postérieurement et ont modifié cette situation doivent en règle générale faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 p. 102; arrêts 9C_25/2012 du 25 avril

2012 consid. 2.1; 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3).

E. 3

En l'occurrence, vu les conclusions du recourant, le litige a pour objet le droit de celui-ci à une rente d'invalidité. Cela étant, la décision attaquée est entrée en force en ce qui concerne le droit à des mesures professionnelles, faute d'être contestée sur ce point devant le Tribunal de céans (ATF 125 V 413 consid. 1a p. 414; Meyer/Von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in: Mélanges Pierre Moor, Berne 2005, n° 8 p. 439).

E. 4

S'agissant du droit matériel applicable, la cause présente un élément d'extranéité puisque le recourant, ressortissant français domicilié en France, a travaillé en Suisse et cotisé à l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et à l'assurance invalidité (AI). Dans ces circonstances, est applicable l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) ainsi que ses annexes et règlements (en particulier : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1, et n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11). Ce nonobstant, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 et annexe VII du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4), soit en particulier d'après les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants et ou ayant des conséquences juridiques se sont produits et ce jusqu'à la date de la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2 ; ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; ATF 130 V 355 consid. 1.2 ; ATF 129 V 4 consid. 1.2).

E. 4.1

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c) ; en outre, pour avoir droit à une rente ordinaire d'invalidité, l'assuré doit compter, lors de la survenance de l'invalidité, au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

E. 4.2

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). Aussi, on entend par invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 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 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 réadaptations exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). S'agissant en particulier des atteintes à la santé psychique, elles supposent - pour être retenues à la base d'une perte de gain - la présence d'un diagnostic de spécialiste s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). De jurisprudence, la preuve du caractère invalidant d'un tel trouble doit être apportée selon une procédure probatoire structurée en référence aux indicateurs définis à l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 5 et 6). Une telle évaluation est toutefois superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Par ailleurs, on peut d'emblée conclure à l'absence d'une atteinte psychique ouvrant le droit aux prestations d'assurance lorsqu'un phénomène d'exagération des symptômes ou une attitude telle est identifiée chez l'intéressé (ATF 141 V 281 consid. 2.2).

E. 4.3

Cela étant, pour fixer le taux d'invalidité, l'administration - ou le juge s'il y a recours - a besoin de documents que le 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 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 132 V 93 consid. 4 p. 99 ; 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les arrêts cités).

E. 4.3.1

Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; 141 V 281 consid. 2.1 ; 130 V 396 ; TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

E. 4.3.2

L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à 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, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

E. 4.4

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas

échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 130 II 425 consid. 2 p. 429).

E. 5

Dans ses écritures, le recourant conteste essentiellement la décision attaquée en tant qu'elle lui reconnaît une pleine capacité de travail en dépit de ses atteintes psychiques. Singulièrement, il reproche à l'autorité précédente de s'être basée à ce propos sur l'expertise du Dr G._____ du 20 mai 2016 qui est à ses yeux dénuée de force probante dans la mesure où elle est entachée d'erreurs, d'incohérences et qu'elle s'écarte des pratiques en matière d'expertise.

E. 5.1

En substance, s'agissant des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, le Dr G._____ retient que l'assuré a présenté depuis l'été 2014 un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22), qui a évolué dès fin 2015 vers une anxiété généralisée (F41.1). De façon générale, l'expert note que les symptômes de l'assuré sont apparus en réaction au contexte professionnel conflictuel auquel il a été confronté et qui a abouti à son licenciement en août 2014. Dans la mesure où la situation sur le lieu de travail était insatisfaisante longtemps avant ce licenciement, il y a lieu toutefois de « partir du principe qu'existent des facteurs de stress psychosociaux persistants ou récurrents s'accompagnant de conséquences correspondantes » (expertise du 20 mai 2016, p. 10, AI pce 124). Cela étant, présentant une personnalité caractérisée par une certaine immaturité émotionnelle accompagnée de traits anxio-dépendants et évitants, l'intéressé a éprouvé davantage de difficulté à surmonter de façon adéquate les symptômes liés à ce trouble de l'adaptation. De là, l'expert considère que l'état de l'assuré ne relève plus depuis longtemps « de simples symptômes anxio-dépressifs » (expertise du 20 mai 2016, p. 12, AI pce 124) - au demeurant légers à moyens tout au plus -, mais est de plus en plus attribuable à des facteurs indépendants de la pathologie tels que ses inquiétudes concernant son avenir professionnel, ses traits de la personnalité ainsi que son isolement social. Ainsi, au moment de la réalisation de l'expertise en mai 2016 et d'un point de vue psychiatrique et médico-asséculo-logique exclusivement, il aurait été possible pour l'assuré de reprendre progressivement son activité ou toute autre activité adaptée à son âge et à son niveau de formation, à raison de 50 % pour commencer, puis à 80 % dès le 1er août 2016, la « capacité de travail n'[étant] plus altérée pour des raisons psychiques » à dater du 1er octobre 2016 au plus tard. A dire d'expert, « cette reprise progressive aurait très probablement été possible dès le 28 avril 2015 ou plut tôt » (expertise, p. 16).

E. 5.2

Comme le relève l'autorité précédente, le rapport du Dr G._____ constitue le résultat d'une étude fouillée et sérieuse, fondée sur une anamnèse complète, un examen personnel de l'assuré et des tests pertinents (TAF pce 16). C'est d'ailleurs essentiellement sur ce rapport que se sont fondés les magistrats genevois pour trancher les prétentions de l'assuré à l'égard de son assureur perte de gain en cas de maladie. Pour autant, on ne voit pas que les

conclusions du Dr G. _____ puissent être reprises au cas d'espèce pour statuer sur le droit du recourant à une rente de l'assureur invalidité. En effet, dans le contexte de l'expertise réalisée sur mandat de D. _____ SA, l'état de fait pertinent au plan juridique se limitait à la période concernée par les conclusions civiles du recourant, soit celle allant du 13 juillet 2015 au 30 août 2016. Au cas d'espèce en revanche, il y a lieu de se prononcer sur l'état de santé de l'assuré à compter du 1er septembre 2014, soit dès le début de l'incapacité de travail à l'origine de la demande de prestations de l'assureur-invalidité. Or, s'il est convaincant lorsqu'il apprécie la capacité de travail de l'assuré au jour de l'expertise, le Dr G. _____ est plus ambigu lorsqu'il reconnaît à l'assuré une capacité de travail dès avril 2015, formulant à ce propos des considérations qui relèvent de la simple possibilité plus que de la vraisemblance prépondérante (« cette reprise progressive aurait très probablement été possible dès le 28 avril 2015 ou plut tôt », expertise, p. 16). D'ailleurs, les juges cantonaux ont expressément exclu toute valeur probante aux « conclusions rétroactives » du Dr G. _____, à savoir celles portant sur la capacité de travail de l'assuré antérieure au jour de l'expertise psychiatrique (ATAF/1067/2018 précité consid. 9e). Il s'ajoute à cela que le Dr G. _____ ne discute pas de façon suffisamment circonstanciée la nature des limitations de l'assuré, se contentant d'expliquer que celles-ci « ne [relèvent] plus depuis longtemps de simples symptômes anxio-dépressifs », mais sont « de plus en plus attribuables à des facteurs indépendants de la pathologie » (expertise, p. 12 et 13). A la lecture de l'expertise du 20 mai 2016, on comprend certes aisément que l'état de santé de l'assuré est significativement affecté par des facteurs psychosociaux et socioculturels ; il n'apparaît en revanche pas évident de distinguer ces facteurs des symptômes bio-médicaux caractéristiques des diagnostics d'anxiété généralisée et de trouble de l'adaptation, dont l'expert admet qu'ils ont une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Or, seuls ces derniers aspects sont compris dans la définition juridique de l'invalidité (ATF 143 V 418 consid. 6 et 409 consid. 4 ; 142 V 106 consid. 3 et 4 ; 127 V 294). Dans ces conditions, faute pour le Dr G. _____ de fournir une appréciation compréhensible des effets bio-médicaux des diagnostics retenus, en les distinguant expressément des facteurs psychosociaux et socioculturels en présence, son appréciation ne permet pas d'évaluer l'exigibilité médico-théorique de l'assuré (ATF 143 V 409 consid. 4 et 418 consid. 6).

E. 5.3

Dans ces conditions, le rapport du Dr G. _____ du 20 mai 2016 - qui, au demeurant, n'est pas strictement structuré selon la grille d'évaluation normative au sens des ATF 141 V 281, 143 V 409 et 143 V 418 - ne permet pas une appréciation convaincante et cohérente de l'état de santé de l'intéressé eu égard à ses affections psychiques. Quant au complément d'expertise fourni par ce médecin le 23 juillet 2018, il n'aborde pas expressément la question de la capacité de travail et de gain de l'assuré dès septembre 2014, ni ne discute davantage la nature des limitations de celui-ci (TAF pce 10 annexe 6). Cette prise de position ne supplée par conséquent pas aux lacunes du rapport d'expertise du 20 mai 2016. Les rapports des médecins SMR - dont aucun n'est spécialisé en psychiatrie et qui se bornent à renvoyer aux conclusions du Dr G. _____ (AI pces 118, 130, 147 et 162 ; TAF pce 6) -, ne satisfont pas plus aux critères jurisprudentiels relatifs à la valeur probante de documents médicaux et à la preuve du caractère invalidant d'affections psychiatriques. Finalement, et contrairement à ce que soutient le recourant, les appréciations fournies par ses psychiatres traitants ne permettent pas non plus de se prononcer en connaissance de cause sur sa capacité résiduelle de travail. D'une part en effet, les Drs I. _____ et C. _____ s'en tiennent à reconnaître à l'assuré une pleine incapacité de travail sans pour autant démontrer, à l'aune des indicateurs

pertinents, pourquoi les troubles diagnostiqués entraînent des limitations fonctionnelles. D'autre part, pour apprécier la valeur probante des déclarations de ces derniers psychiatres, on ne saurait faire abstraction du fait que ceux-ci doivent en première ligne se concentrer sur le traitement de leurs patients. Ainsi, selon la jurisprudence, leurs rapports ne fournissent en règle générale pas une appréciation objective de l'état de santé et ne permettent par conséquent presque jamais de trancher le droit aux prestations d'assurance, faute de respecter les réquisits jurisprudentiels en la matière (ATF 135 V 465 consid. 4.5). En outre, selon l'expérience de la vie, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute et en raison du lien de confiance (inhérent au mandat thérapeutique) qui l'unit à son patient, à prendre parti pour celui-ci (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a/cc).

E. 6

En définitive, il n'est en l'état actuel pas possible d'établir l'état de santé de l'assuré et, par conséquent, de se prononcer sur le droit à la rente. Aussi le dossier doit-il être complété par la mise en oeuvre d'une instruction au plan psychiatrique visant à établir la capacité résiduelle de travail de l'assuré dès le mois de septembre 2014. A cette fin, la cause sera renvoyée à l'autorité précédente, qui a constaté les faits médicaux à la base de la décision attaquée de façon excessivement sommaire en reprenant telle quelle l'expertise mise en oeuvre par l'assureur perte de gain en cas de maladie, sans même la compléter eu égard à l'état de fait au cas d'espèce pertinent, ni la soumettre à des médecins SMR spécialisés en psychiatrie (art. 61 PA ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; 139 V 99 ; TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). Cela étant, à partir du moment où l'instruction doit être reprise au plan psychique, il s'agira pour l'autorité précédente de réexaminer la capacité de travail de l'assuré en regard à ses atteintes somatiques également. Il est vrai qu'en tant qu'elle concerne l'appareil locomoteur, l'expertise du Dr F. _____ - dont les conclusions ne sont au demeurant pas formellement contestées - constitue le résultat d'un examen sérieux et circonstancié (expertise du 12 janvier 2017, AI pce 111). Vu le contexte psycho-social en présence, on devait toutefois attendre de l'expert du moins qu'il thématise - le cas échéant pour les exclure - les éventuelles interactions entre les troubles de nature somatique et psychique. Or, le Dr F. _____ se contente de renvois généraux au « dossier de psychiatrie », dont il ne reprend pas le contenu, ni même ne mentionne les diagnostics retenus. Ses conclusions apparaissent par conséquent lacunaires, surtout que l'expert en orthopédie observe chez l'assuré des signes d'amplification des symptômes qui peuvent laisser penser à une composante psychique de ceux-ci (notamment, p. 30 de l'expertise, AI pce 111 ; ATF 142 V 124 consid. 2). Dans ces conditions, il s'agira pour l'OAIE de mettre en oeuvre - en Suisse et dans le respect de l'art. 72bis RAI, (art. 29 LAI et 81 du règlement (CE) n° 883/2004) - une expertise pluridisciplinaire comprenant à tout le moins les volets orthopédique, neurologique et psychiatrique. Singulièrement, les experts seront chargés d'établir la capacité médico-théorique de l'assuré dans le cadre de sa demande du 25 février 2015. Aussi l'évolution de l'état de santé de l'assuré documentée par les pièces médicales produites en procédure de recours sera-t-elle prise en considération dans les limites posées par la jurisprudence (consid. 2 ci-avant ; TAF pce 18). A l'issue de cette instruction complémentaire, l'OAIE fixera derechef l'invalidité, eu égard aux règles déterminant la méthode à cet effet applicable (art. 28a LAI), ainsi qu'à celles en matière de parallélisme des revenus (ATF 135 V 297). A cette fin, l'autorité tiendra compte notamment des renseignements communiqués par l'ancien employeur de l'assuré (AI pce 24 et 144) et des informations obtenues lors de l'enquête économique sur le ménage réalisée en octobre 2017

(AI pce 142). En tant que besoin, elle procédera aux compléments d'instruction jugés utiles, étant rappelé que la question du statut de l'assuré doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative (ATF 137 V 334 consid. 3.2)

E. 7

Vu ce qui précède, le recours contre la décision du 4 juin 2018 est fondé et doit être admis, la cause étant renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

E. 8

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. Le recourant a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215 consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1ère phrase, PA). Partant, l'avance de frais versées par le recourant à hauteur de Fr. 800.- (TAF, pces 2 ; 3 ; 7) lui sera restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

E. 9

Selon l'art. 64 al. 1 PA, l'autorité de recours peut allouer, d'office ou sur requête, à la partie ayant entièrement ou partiellement gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les parties qui ont droit aux dépens et les avocats commis d'office doivent faire parvenir au tribunal, avant le prononcé, un décompte de leurs prestations (art. 14 al. 1 FITAF). A défaut de décompte, le tribunal fixe l'indemnité sur la base du dossier (art. 14 al. 2, 2e phrase FITAF). Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. En l'espèce, à défaut de décompte, il se justifie d'allouer au recourant une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 2'800.- à charge de l'autorité inférieure. (Dispositif sur la page suivante)

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