GE_GERICHTE ATAS/345/2025 vom 14. Mai 2025

GE Cour de justice, 2025-05-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_345_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/345/2025 du 14 mai 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/345/2025 del 14 maggio 2025

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l’art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales,

A/1405/2024 - 13/21 - du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance- accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d’espèce est ainsi établie.

E. 1.2

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA) et le délai de trente jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]) prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur la stabilisation de l'état de santé du recourant, sur sa capacité de travail dans une activité adaptée et sur son degré d'invalidité.

E. 3.1

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

E. 3.2

La responsabilité de l’assureur-accidents s’étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l’événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 3.3

Si l’assuré est invalide (art. 8 LPGA) 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 de référence (art. 18 al. 1 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2024).

E. 3.3.1

Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la 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. Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de

A/1405/2024 - 14/21 - nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence). Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

E. 3.3.2

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. 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 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). 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

A/1405/2024 - 15/21 - l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). 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). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4). Dans une procédure portant sur l’octroi ou le refus de prestations d’assurances sociales, lorsqu’une décision administrative s’appuie exclusivement sur l’appréciation d’un médecin interne à l’assureur social et que l’avis d’un médecin traitant ou d’un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l’un ou sur l’autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l’art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6). 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 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c

A/1405/2024 - 16/21 - et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal

fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 3.4

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires 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 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

E. 3.5

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

E. 4.1

En l'espèce, l'intimée, en s'appuyant sur les appréciations de son médecin d'arrondissement des 6 janvier 2023 (pièce 333) et 30 août 2024 (produite le 23 septembre 2024), considère que l'état de santé du recourant était stabilisé au 31 août 2023. Comme le relève le recourant, les médecins de la CRR, où il avait séjourné du 28 septembre au 19 octobre 2022, se sont trompés en mentionnant dans leur rapport du 26 octobre 2022 qu'il avait bénéficié d'une prise en charge par ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure (TTA) [à gauche]. Car, dans un rapport du 18 mars 2021, le Dr F_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a indiqué que l'ostéotomie de la TTA n'avait pas été pratiquée lors de l'intervention du 17 mars 2021, ayant consisté notamment en l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la rotule gauche, et en l'arthrotomie parapatellaire interne avec adhésiolyse à ciel ouvert.

A/1405/2024 - 17/21 - Cela étant, les médecins de la CRR ont relevé que la situation médicale était stabilisée, qu'aucune nouvelle intervention n'était proposée et que la poursuite d'un traitement de physiothérapie pourrait permettre de maintenir les acquis (pièce 314 p. 8). Il ressort effectivement du dossier qu'au 3 mai 2022, les douleurs du recourant persistaient, que les séances de physiothérapie étaient inefficaces et qu'il n'y avait aucune proposition chirurgicale. Le Dr F_____ adressait alors le recourant à la consultation ambulatoire de l'antalgie des HUG (rapport du 19 mai 2022). Le 13 mars 2023, le Dr F_____ convenait avec le recourant de ne pas effectuer de nouvelle intervention sur le genou gauche en raison de l'incertitude du résultat (rapport du 27 mars 2023). Le 25 avril 2023, le Dr F_____ relevait qu'il n'y avait pas d'option chirurgicale concernant le fémur droit. S'agissant du genou gauche, il répétait qu'il y avait théoriquement la possibilité d'une

ostéotomie de la TTA avec proximalisation de la rotule, mais qu'il existait un risque de récidive de raideur articulaire. Le recourant n'envisageant pas non plus cette opération, le médecin proposait la poursuite du traitement conservateur auprès du Dr K_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation (rapport du 5 mai 2023 ; pièce 375). Dans un rapport du 6 septembre 2023, le Dr F_____ relevait que la situation médicale pouvait être considérée dorénavant comme stable (pièce 425 p. 1). Ainsi, au moment où l'intimée a pris la décision de mettre fin au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières au 31 août 2023, il n'y avait plus de traitement médical susceptible d'améliorer l'état de santé du recourant. Dans ces conditions, l'intimée était fondée à clore le cas à cette date, et à examiner le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, étant précisé que des mesures de réadaptation n'ont pas été mises en place par l'OAI. Le fait que, par avis du 14 mars 2023, le SMR a retenu que la situation médicale du recourant n'était pas encore stabilisée, n'est pas décisif. En effet, dans l'assurance-invalidité, l'invalidité est survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. S'agissant de la détermination du droit à une rente d'invalidité, il faut ainsi examiner si les conditions de l'art. 28 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20) sont remplies. Contrairement à l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents est, quant à elle, chargée du traitement de l'atteinte à la santé (cf. art. 10 LAA) et le droit à une rente de cette assurance ne dépend pas de la durée de l'incapacité de travail, mais du moment à partir duquel il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et du terme d'éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité. Les offices AI n'ont, quant à eux, pas à attendre l'issue des mesures thérapeutiques, ni la stabilisation du cas, mais sont tenus d'évaluer la capacité de gain des assurés bien avant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 8.2).

A/1405/2024 - 18/21 - Le rapport du Dr F_____ du 17 juin 2024 faisant état d'une chirurgie agendée au 29 août 2024 pour la mise en place d'une prothèse unicompartimentale fémoro- patellaire, associée à une proximalisation de la TTA, n'est pas non plus pertinent dans le cadre de la présente procédure, cette intervention étant postérieure à la décision litigieuse du 12 mars 2024. Pas plus que ne l'est le compte-rendu opératoire des HUG du 15 octobre 2024 relatif à l'intervention chirurgicale réalisée le 11 octobre 2024. Cette nouvelle circonstance peut éventuellement être considérée comme une rechute ou des séquelles tardives (cf. art. 11 de l’ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]), que le recourant peut faire valoir dans une procédure administrative séparée.

E. 4.2

En ce qui concerne la capacité de travail du recourant, le médecin d'arrondissement de l'intimée admet, dans son appréciation du 9 octobre 2023, qu'elle est nulle dans l'activité habituelle de maçon. En revanche, il estime que le recourant est apte à exercer à plein temps, sans baisse de rendement, une activité adaptée évitant le port de charges supérieures à 10 kg, la marche prolongée ainsi que sur terrain irrégulier, de même que la montée / descente d'escaliers, en se ralliant aux conclusions de la CRR. Or, dans son rapport du 26 octobre 2022, quand bien même la CRR estime que la capacité de travail du recourant est favorable dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, elle ne se prononce pas sur le taux de la capacité de travail. Elle relève que, durant le séjour, le recourant a été suivi aux ateliers professionnels où il avait travaillé sur des périodes allant

jusqu'à deux heures consécutives, avec des charges inférieures à 5 kg. Le temps de présence n'avait pas été augmentée en raison de douleurs signalées et de son incapacité à maintenir une position de travail plus de quinze minutes. Compte tenu de la simplicité de l'activité proposée et de la possibilité d'alterner les positons assises et debout, les résultats obtenus en terme de vitesse d'exécution et de qualité dénotaient des autolimitations, des incohérences et décrivaient un investissement faible (pièce 314 p. 7-8). Pourtant, il avait été constaté lors des ateliers professionnels que le recourant travaillait en position debout durant quinze minutes, puis assise durant quinze minutes également, qu'il alternait en permanence les positions assise et debout et prenait de nombreuses pauses (pièce 314 p. 16). On se demande alors si l'alternance des positions et les pauses sont médicalement indiquées et si elles justifient une baisse de rendement, puisque dans son avis du 14 mars 2023, le SMR, en se référant au rapport de la CRR précité, a admis, à titre de limitations fonctionnelles, la difficulté à maintenir la position de travail plus de quinze minutes malgré la possibilité d'alterner les positions, et a conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité depuis le 4 mars 2020, date de l'accident (pièce 464 p. 3). Si l'assureur-accidents n'est effectivement pas lié par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.3), les conclusions du SMR quant à la capacité de travail résiduelle du recourant reposent toutefois

 exclusivement sur les seules séquelles de l'accident. Dans ces circonstances, il est difficilement compréhensible que le SMR et le médecin d'arrondissement aboutissent, sur le plan médical (factuel), à des conclusions diamétralement opposées s'agissant de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Par ailleurs, dans un rapport du 27 janvier 2022 à l'OAI, le Dr K_____, qui a fait état d'une amyotrophie quadricipitale bilatérale, exposait que la mobilité restreinte et les douleurs de la nuque limitaient les mouvements de rotation (dossier AI p. 717-718) - étant rappelé que l'intimée a reconnu le lien de causalité entre l'atteinte à la colonne cervicale et l'accident. D'après ce médecin, il était difficile d'imaginer une activité adaptée, mais il évoquait l'éventualité d'une activité adaptée à temps partiel moyennant une adaptation de la place de travail et un rendement diminué (p. 719). On ignore toutefois à quel taux précis le recourant pourrait travailler dans une telle activité. Dans un rapport ultérieur du 11 août 2023 - dont le médecin d'arrondissement n'a pas tenu compte puisqu'il ne l'a pas cité dans son appréciation du 9 octobre 2023 -, le Dr K_____ a répété qu'il avait de la peine à imaginer un travail adapté aux limitations fonctionnelles en raison de la faible mobilité et des douleurs chroniques. Dans son appréciation du 9 octobre 2023, le médecin d'arrondissement n'a pas non plus fait mention du rapport du 15 août 2023 de la Dre L_____, médecin généraliste, dans lequel elle retenait une capacité de travail nulle dans toute activité, après avoir souligné que le recourant avait besoin des cannes pour les déplacements et devait alterner les positions. Le médecin d'arrondissement considère que l'utilisation des cannes est imputable à un déconditionnement du recourant, et que ce dernier n'a pas à les employer. Dans une précédente appréciation du 17 janvier 2022, le médecin d'arrondissement indiquait que les cannes n'étaient pas nécessaires, car la marche sans celles-ci s'avérait possible. Cela étant, dans un rapport du 10 novembre 2022 à l'OAI, soit après le premier examen par le médecin d'arrondissement ainsi qu'après le séjour à la CRR, le Dr K_____ a fait état d'une amyotrophie quadricipitale bilatérale, et mentionné que le recourant marchait avec la jambe gauche tendue et qu'il présentait un lâchage du genou gauche s'il essayait de dérouler le pas (dossier AI p. 912). Dans un rapport du 11 novembre 2022 à l'intimée, le Dr K_____ répétait que si la marche sans les cannes était possible pour

quelques pas seulement avec la jambe gauche tendue, en revanche, le genou gauche lâchait lorsque le recourant essayait de dérouler le pas (dossier intimée pièce 317). Or, dans son appréciation du 17 janvier 2022, le médecin d'arrondissement semble se contredire lorsqu'il indique que la rééducation, pour donner de la proprioception et du muscle et se débarrasser ainsi de la dépendance aux cannes, devait être poursuivie à titre du maintien de la capacité de gain pendant une période de quatre à six mois au maximum (pièce 234 p. 15). Vu l'amyotrophie quadricipitale bilatérale dix mois plus tard, se pose la question de

A/1405/2024 - 20/21 - savoir si cette atteinte et le port de cannes (pour autant qu'il soit justifié médicalement) se répercutent sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Aussi ces éléments suscitent-ils à ce stade des doutes sur les conclusions du médecin d'arrondissement.

E. 4.3

En conséquence, la cause sera renvoyée à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA pour déterminer en particulier la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée au 1er septembre 2023 (et depuis lors). Après quoi, elle rendra une nouvelle décision.

E. 5

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 12 mars 2024 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Le recourant, représenté par un avocat, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), fixée en l'espèce à CHF 1'500.-. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/1405/2024 - 21/21 - 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.