

## **GE\_GERICHTE ATAS/38/2010 vom 19. Januar 2010**

GE Cour de justice, 2010-01-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_38\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_38_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/38/2010 du 19 janvier 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/38/2010 del 19 gennaio 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la décision litigieuse du 12 décembre 2008 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4ème et à la 5ème révisions, entrées en vigueur respectivement en date des 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité dès le 1er mai 2008 ou à une mesure d'ordre professionnel doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème et à la 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

#### **E. 3**

En vertu de l'article 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Les délais ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 60 al. 2 LPGA et 38 al. 4 let. c LPGA p.a.). En l'espèce, la décision du 12 décembre 2008 ayant été reçue par l'assurée au plus tôt le 13 décembre 2008, le délai de recours échoit le 28 janvier 2009, de sorte que le recours a été déposé dans le délai légal. De plus, les prescriptions de forme ayant été respectées (art. 56 à 61 LPGA), le recours est recevable.

#### **E. 4**

La question litigieuse est de savoir si l'assurée a droit à des prestations de l'assurance-invalidité, soit à une rente ou à une mesure d'ordre professionnel.

A/136/2009 - 10/17 -

#### **E. 5**

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). b/aa) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un 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, à ce motif, 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 125 V 256 consid. 4 et les références). b/bb) 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 convient 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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. 3). b/cc) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

A/136/2009 - 11/17 - b/dd) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

## **E. 6**

En l'espèce, l'OAI a retenu que l'assurée présentait une entière capacité de travail dans une activité adaptée, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr J\_\_\_\_\_.

#### **E. 7**

Il y a lieu de constater que ce rapport rhumatologique a été établi de manière neutre et libre de toute appréciation dépréciante. Il est fondé sur une anamnèse médicale et socioprofessionnelle de l'assurée, sur ses plaintes, sur son dossier radiologique ainsi que sur des examens complets. Les diagnostics sont posés de manière précise et claire et les conclusions sont motivées. Le rapport ne comporte pas de contradiction. Certes n'est-il pas indiqué clairement la date à partir de laquelle l'assurée présentait une capacité de travail de 75% dans sa précédente activité et de 100% dans une activité adaptée, toutefois, on comprend que les atteintes somatiques dont souffre l'assurée ont diminué ses possibilités d'effectuer ses tâches professionnelles, mais ne l'ont jamais empêché de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le Tribunal de céans considère que ce rapport présente ainsi valeur probante.

#### **E. 8**

L'assurée allègue quant à elle que les conclusions concordantes de ses médecins traitants doivent être suivies et qu'il y a lieu de lui reconnaître une totale incapacité de travail.

#### **E. 9**

De nombreux rapports médicaux se trouvent au dossier, établis par les médecins traitants de l'assurée ou des rhumatologues et des radiologues. A cet égard, les rapports produits par l'assurée dans le cadre de la procédure de recours, soit notamment ceux de février et mars 2009 de rhumatologues l'ayant examinée par le passé, ainsi que les déclarations des Drs A\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, ont trait en partie à des faits survenus avant le moment où la décision a été rendue, de sorte qu'ils font partie, dans cette mesure, des pièces dont le Tribunal de céans doit tenir compte (cf. ATF 99 V 102 et les arrêts cités, Arrêt non publié du TF du 6 mai 2008, 8C\_441/2007). Cependant, les rapports d'imagerie effectués postérieurement à la décision n'ont pas à l'être, attendu qu'il s'agit de faits qui doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

A/136/2009 - 12/17 -

#### **E. 10**

Il y a lieu de constater que d'un point de vue somatique, les rapports présents au dossier ont été pris en considération par l'expert et que les médecins ont tous posé des diagnostics similaires à ceux retenus par l'expert. Les déclarations du Dr A\_\_\_\_\_ lors de l'audience d'enquêtes ne permettent pas de s'écarter des conclusions de l'expert. En effet, il n'a fait que confirmer les constatations du Dr J\_\_\_\_\_ tant concernant les diagnostics, la capacité de travail de l'assurée que pour ce qui est de ses limitations fonctionnelles. Certes a-t-il déclaré que, dès le mois de février 2009, l'assurée ne pouvait travailler qu'à 60%, voire 70% dans une activité adaptée, si elle voulait éviter d'aggraver ses lésions existantes, toutefois, cette conclusion se rapporte à une période postérieure à la décision de l'OAI du 12 décembre 2008, de sorte que cette aggravation dès le mois de février 2009, soit postérieurement à la décision de l'OAI, ne peut être prise en considération par le Tribunal de céans et pourra faire l'objet d'une éventuelle demande de révision. Quoi qu'il en soit, ce neurochirurgien a admis que l'assurée pouvait toujours travailler à 100% dans une activité

légère et adaptée. Par ailleurs, hormis la Dresse D \_\_\_\_\_, qui a fixé une totale incapacité de travail dès le 9 mai 2007, aucun des autres médecins ne s'est prononcé sur sa capacité de travail. La position du médecin traitant ne suffit ainsi pas à remettre en cause les conclusions motivées du rapport d'expertise établi par un spécialiste en rhumatologie et, qui plus est, confirmées par le médecin adjoint du service de neurochirurgie des HUG. Il y a dès lors lieu de considérer que, d'un point de vue somatique, le rapport d'expertise a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence et que l'assurée présente une entière capacité de travail dans une activité légère et adaptée à ses limitations fonctionnelles. Au demeurant, il ressort des courriers des 7 et 11 juillet 2008 de l'assureur perte de gain, produits par l'assurée dans le cadre de la présente procédure (pièce 4), que le Dr L \_\_\_\_\_, mandaté par l'assureur en qualité d'expert, a conclu que l'assurée pouvait, dès le mois de juin 2008, reprendre son activité lucrative habituelle. Bien qu'il se pose la question de savoir pour quelle raison l'OAI n'a pas sollicité l'apport du dossier de l'assureur perte de gain, cela conforte le Tribunal dans le bien-fondé des conclusions de l'expertise du Dr J \_\_\_\_\_.

#### **E. 11**

En ce qui concerne l'état psychique de l'assurée, il y a lieu tout d'abord de remarquer que l'expert a signalé la présence d'une comorbidité psychiatrique, constatant que l'assurée avait été en pleurs à plusieurs reprises durant la consultation, et a laissé le soin à l'OAI de décider si une expertise psychiatrique était nécessaire. Les Drs A \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_ ont également, aux mois de janvier et avril 2008, déclaré que l'assurée souffrait probablement d'un état dépressif. Le Dr I \_\_\_\_\_ a en particulier retenu un état dépressif majeur. La

A/136/2009 - 13/17 - Dresse D \_\_\_\_\_ n'ayant, quant à elle, pas retenu, dans son rapport du 18 février 2008, d'atteinte psychiatrique, mais uniquement des diagnostics rhumatologiques, le médecin du SMR avait alors écarté l'éventuelle existence d'une atteinte psychique influençant la capacité de travail de l'assurée. Ce n'est que dans le cadre de la présente procédure qu'il s'est avéré que l'assurée consultait, depuis le 8 décembre 2008, un médecin psychiatre de manière hebdomadaire. Le rapport du 30 juin 2009 du Dr O \_\_\_\_\_ et ses déclarations lors de l'audience d'enquêtes doivent être pris en considération, attendu qu'ils portent sur des faits survenus en tous les cas en partie avant la décision de 12 décembre 2008. Il en ressort que l'assurée souffre d'un état dépressif léger à modéré avec syndrome somatique, lequel est réactionnel à ses douleurs physiques. L'assurée présentait, d'après le psychiatre, une humeur déprimée, une perte d'intérêt et de plaisir, une diminution de l'énergie et une fatigabilité accrue, une altération de la capacité à penser et à se concentrer, une perturbation du sommeil, des pleurs, un sentiment de désespoir, une incapacité de faire face aux responsabilités habituelles et des plaintes physiques multiples et variables sans qu'aucune affection physique ne les explique. Ce médecin a relevé que l'assurée avait refusé de prendre des médicaments antidépresseurs au motif qu'elle prenait déjà suffisamment de médicaments, toutefois, il a estimé que son état dépressif pourrait s'améliorer plus aisément grâce à la prise de tels médicaments. D'après lui, l'état dépressif justifiait une incapacité de travail de 50%, mais pouvait s'amender si tel était également le cas de ses problèmes physiques. Il y a tout d'abord lieu de remarquer que les conclusions du psychiatre traitant ne sont que très peu motivées. On ne comprend en particulier pas pour quelle raison l'état dépressif d'intensité légère à modérée, qui est uniquement réactionnel aux douleurs de l'assurée, aurait, à son avis, comme conséquence une incapacité de travail de 50%. Ses déclarations ne convainquent pas le Tribunal de

céans. En outre, le médecin traitant a confirmé, lors de l'audience d'enquêtes du 15 décembre 2009, que l'état dépressif était réactionnel aux douleurs somatiques sans toutefois apporter d'éléments complémentaires tendant à expliquer les motifs pour lesquels l'état dépressif serait incapacitant. Pour le surplus, d'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de

A/136/2009 - 14/17 - savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a p. 28 et les références). Il était en l'occurrence exigible de l'assurée qu'elle se soumette à une médication telle que préconisée par son psychiatre traitant. Celui-ci a en effet relevé que son état dépressif pouvait s'améliorer plus aisément grâce à un tel traitement. Toutefois, l'assurée n'ayant pas suivi ses recommandations, son état de santé n'a pas évolué jusqu'à aujourd'hui. Or, s'agissant des atteintes à la santé psychique qui peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). En l'espèce, il pouvait raisonnablement être exigible de l'assurée qu'elle suive les recommandations de son médecin psychiatre, avant de solliciter qu'une diminution de sa capacité de travail pour des motifs psychiatriques soit prise en considération. Au vu de ce qui précède et des déclarations non motivées des Drs O\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, le Tribunal de céans considère, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une incapacité de travail liée à l'état psychique de l'assurée ne saurait être retenue et qu'il est superflu d'administrer d'autres preuves, telles qu'une expertise psychiatrique. Du reste, il ressort du dossier que l'assurée n'a aucun problème de nature sociale ou familiale, ce qui conforte le Tribunal dans le fait que l'assurée présente une capacité de travail de 100% dans une activité lucrative adaptée à ses limitations somatiques.

## **E. 12**

Reste à se prononcer sur son degré d'invalidité.

## **E. 13**

a) En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est

invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). b) En vertu de l'art. 28a al. 1er LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, 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

A/136/2009 - 15/17 - exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Pour ce faire, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). c) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5). d) Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06).

#### **E. 14**

En l'espèce, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en 2008, attendu que l'assurée a subi un arrêt de travail à partir du mois de mai 2007. Pour ce qui est de son revenu sans invalidité, il y a lieu de se fonder sur les données de son dernier employeur, lequel a attesté, en date du 9 janvier 2008, qu'elle aurait obtenu un salaire mensuel de 4'350 fr. dès le 1er janvier 2008, soit un salaire annuel de 56'550 fr. (4350 x 13). En ce qui concerne son revenu d'invalide, l'assurée n'ayant pas repris d'activité lucrative, il y a lieu de se référer à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Eu égard à l'activité de substitution dans un emploi adapté à savoir une activité légère sans port de charges trop lourdes et avec alternance des positions, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2006, TA1, p. 25, niveau de qualification 4) soit 48'228 fr. part au 13ème salaire

A/136/2009 - 16/17 - comprise. Ce salaire doit encore être adapté à l'Indice suisse des salaires nominaux et à l'horaire de travail en 2008 (cf. site internet de l'Office fédéral de la statistique). Enfin, compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assurée, il peut être tenu compte d'un abattement de 10%, de sorte qu'on obtient un revenu d'invalidité de 46'672 fr. 89. Le degré d'invalidité est ainsi de 17%, taux n'ouvrant pas de droit à une rente.

### **E. 15**

Se pose enfin la question d'une éventuelle mesure d'ordre professionnelle.

### **E. 16**

À teneur de l'art. 8 al.1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. abis), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d). Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1er LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, même minimes, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

### **E. 17**

En l'espèce, le degré d'invalidité n'atteignant pas 20%, il ne saurait être accordé à l'assurée une mesure de reclassement professionnel. Cependant, au vu de ses limitations somatiques, une aide au placement pourra lui être octroyée. Pour ce faire, il appartiendra à l'assurée de solliciter une telle mesure de manière motivée auprès de l'OAI.

### **E. 18**

Au vu de tout ce qui précède, le recours sera entièrement rejeté.

### **E. 19**

Attendu que l'assurée est au bénéfice de l'assistance juridique, il sera renoncé à la perception d'un émolument.

A/136/2009 - 17/17 -

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