

GE_GERICHTE ATAS/405/2018 vom 14. Mai 2018

GE Cour de justice, 2018-05-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_405_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/405/2018 du 14 mai 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/405/2018 del 14 maggio 2018

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) 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

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

E. 5

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

E. 6

a. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. 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 LPGGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe

A/15/2016 - 17/32 - d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). b. Selon les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA.

E. 7

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

E. 8

Dans l'arrêt précité (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse

comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

A/15/2016 - 18/32 - Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogénèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p.

A/15/2016 - 19/32 - 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). À l'ATF 143 V 418, le Tribunal fédéral a examiné dans quelle mesure des troubles psychiques en tant que comorbidités d'un TSD, doivent être pris en considération pour examiner le caractère invalidant du TSD. Il a

précisé que même si ces troubles psychiques, pris séparément, ne sont pas invalidants en application de la nouvelle jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281, ils sont pertinents dans l'appréciation globale de la capacité de travail d'une personne atteinte d'un TSD. En effet, cette appréciation doit tenir compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources.

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

A/15/2016 - 20/32 - Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

E. 9

Au vu de ce qui précède, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 p. 426 ss et les références). Les expertises mises en oeuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent cependant pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 p. 309; 137 V 210 consid. 6 p. 266 ; Arrêt du Tribunal fédéral 9C_797/2017 du 22 mars 2018).

E. 10

A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une A/15/2016 - 21/32 - invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance- invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3). Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

E. 11

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). 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

A/15/2016 - 22/32 - 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. 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 (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 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

A/15/2016 - 23/32 - d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant 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). 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 même 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 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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

A/15/2016 - 24/32 - généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par

l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 12

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

E. 13

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

A/15/2016 - 25/32 - probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a).

E. 14

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise

lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 15

a. En l'occurrence, par ordonnance du 7 juillet 2017, la chambre de céans a jugé qu'une expertise psychiatrique, comprenant un examen neuropsychologique du recourant, était nécessaire au vu des avis médicaux divergents figurants au dossier, étant précisé que le recourant n'a pas contesté le volet rhumatologique du rapport d'expertise du SMR du 6 juillet 2015, de sorte que cet aspect n'est pas litigieux. b. Fondé sur trois entretiens avec le recourant, un entretien avec la Dre H_____ et la sœur du recourant, tenant compte de l'entier du dossier, comportant une anamnèse complète, une description du status, un résumé des plaintes du recourant, prenant en compte les conclusions de l'examen neuropsychologique mené par Mme L_____, mentionnant des diagnostics clairs et bien motivés ainsi que les limitations fonctionnelles du recourant, le rapport d'expertise de la Dre K_____, ainsi que son complément, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit conféré une pleine valeur probante. Selon les conclusions de cette expertise, le recourant présente un trouble du spectre autistique de niveau 1, lequel entraîne des limitations fonctionnelles totalement incapacitantes qui sont multiples, touchant le plan cognitif, des interactions sociales et de la communication. Le recourant a des difficultés à comprendre les tâches à exercer, sans possibilité d'improviser ou de s'adapter à l'imprévu ; il a de la peine à accueillir une critique qu'il vit comme malveillante et présente des réactions agressives ou de fuite, sans arriver par exemple à négocier une demande ; il

A/15/2016 - 26/32 - présente une difficulté de perception de son état émotionnel propre et celui des autres, n'arrive pas à interagir avec les autres et manque fortement d'empathie (expertise K_____ p. 27). Mme L_____ a aussi relevé des limitations au niveau du comportement socio-émotionnel engendrant des problématiques interrelationnelles sur le plan social, professionnel et probablement familial, limitations qui semblent être au premier plan, sans amélioration malgré le traitement entrepris depuis un an et demi (expertise L_____ p. 8). Il y avait une incapacité de travail totale présente depuis le début de l'âge adulte (complément d'expertise K_____). c. Les critiques émises par le SMR et l'OAI ne sont pas à même de remettre en cause la valeur probante de l'expertise judiciaire. c.a. Le SMR estime qu'il existe une contradiction entre le constat du maintien d'activités régulières du recourant sous prise de cannabis et le constat d'une incapacité de travail totale de celui-ci. Or, tel n'est pas le cas. D'une part, l'experte a relevé que les difficultés du recourant sont antérieures à la consommation de cannabis et ont persisté au cours de la période d'abstinence du recourant, laquelle a duré une dizaine d'années ; les difficultés sont d'ordre cognitif ou relationnel ; d'autre part, l'experte a indiqué que le recourant maintient des activités régulières malgré une consommation importante de cannabis, ce qui ne signifie pas que le recourant arrive à maintenir une activité régulière équivalent à une capacité de travail (expertise K_____ p. 25 et 28). Par ailleurs, le Dr C_____ a également constaté (avis du 28 mai 2015) que la dépendance au cannabis, bien que chronique et importante, ne semble pas à première vue péjorer les capacités cognitives ou d'initiative du recourant. Le SMR a d'ailleurs lui-même relevé que la consommation de cannabis, bien qu'importante, ne

limite pas le recourant dans ses activités quotidiennes et ne présente pas de caractère incapacitant (expertise SMR du 6 juillet 2015). c.b. Le SMR estime qu'une incapacité de travail ne peut être retenue dès lors que le recourant a pu travailler jusqu'en 2006, qu'en 2012, la levée de la curatelle a été prononcée et que le fonctionnement du recourant s'est notablement amélioré selon l'avis de la sœur de celui-ci, le recourant ayant retrouvé un certain équilibre depuis quelques années entre ses activités bénévoles et le temps passé dans son appartement. L'OAI ajoute que l'incapacité de travail totale retenue par l'experte est en contradiction totale avec les éléments du dossier, le recourant ayant toujours travaillé, même s'il a changé d'employeurs plusieurs fois et que l'état de santé du recourant s'est amélioré sous l'effet de la prise en charge psychiatrique (levée de la curatelle), ce dont l'experte ne tient absolument pas compte. L'experte a expliqué que, tout au long de son parcours professionnel, le recourant n'a travaillé de façon stable que durant quatre ans, chez N_____, dans un environnement favorable, puis a été licencié ; il a occupé des missions courtes et non renouvelées ou interrompue précocement, entrecoupées par des longues périodes de chômage ; au vu de ce parcours, l'experte estime qu'on ne peut retenir

A/15/2016 - 27/32 - une capacité de travail totale du recourant ; par ailleurs, le Dr C_____, dans son rapport du 6 août 2014, estime également que le recourant, qui a été incapable de suivre une formation après l'école primaire, présente des problèmes de comportement. Le recourant est définitivement et de longue date en incapacité de travail totale avec une unique possibilité d'une intégration occupationnelle dans un milieu protégé ; la causalité de cette incapacité de travail a une base psycho-organique déficitaire, comme en témoigne tout le cursus de formation et de travail du recourant ; le 14 juin 2006, le Dr C_____ mentionne déjà à l'adresse du Tribunal tutélaire que le recourant est une personne incapable de gérer lui-même ses biens et souffrant de troubles psychiques chroniques et d'un trouble modéré du développement intellectuel. Le cas d'espèce diffère ainsi de celui jugé par la chambre de céans (ATAS/242/2018 du 19 mars 2018), dans lequel l'avis du SMR - qui estimait que le recourant, qui avait travaillé pour différents employeurs depuis janvier 2005 jusqu'en 2015, présentait en réalité une incapacité de travail totale depuis janvier 2005 - n'a pas été suivi. En effet, dans ce cas, le traitement dont avait bénéficié le recourant lui avait permis de stabiliser son trouble psychique et d'exercer plusieurs activités à satisfaction de ses employeurs, à tout le moins jusqu'en 2012 ; par ailleurs, le médecin-traitant du recourant n'avait attesté d'une incapacité de travail partielle de ce dernier que depuis mai 2016. Quoiqu'il en soit, en l'espèce, la chambre de céans constate que le recourant n'a effectivement plus travaillé depuis l'année 2007, soit plusieurs années avant le dépôt de sa demande de prestations du 11 novembre 2013. S'agissant de l'amélioration de l'état de santé alléguée par le SMR au vu de la levée de la curatelle en 2012 et du témoignage de la sœur du recourant, l'experte constate que les limitations fonctionnelles, présentes depuis le très jeune âge, sont persistantes et ne s'améliorent pas malgré le traitement ; le recourant a pu mieux gérer l'administratif, ce qui a permis la levée de la mesure de protection et un fonctionnement quasi autonome ; toutefois l'experte relève que cette amélioration est liée à la mise en place, par le recourant, de stratégies de compensation et d'apprentissage, tel qu'un comportement d'évitement généralisé, de conduite de gestion de l'administratif ritualisées, de demandes d'aide à l'entourage ; l'assuré reste cependant naïf et vulnérable ; il arrive à organiser les démarches de la vie courante, mais se montre facilement envahi lorsqu'il est confronté à des activités inhabituelles, stressantes ou nécessitant une certaine capacité organisationnelle. Les efforts nécessaires pour maintenir un fonctionnement social acceptable, représentent pour lui une importante source de stress. La symptomatologie

anxieuse s'est discrètement améliorée depuis l'introduction d'un traitement antidépresseur, mais les soignants ne constatent pas d'évolution en ce qui concerne la rigidité du fonctionnement (ritualisé, restreint) ou au niveau des capacités de reconnaissance, de verbalisation des émotions ou des interactions sociales ; ainsi le traitement

A/15/2016 - 28/32 - apporte un soutien au recourant, sans apporter cependant de changement notable au niveau du fonctionnement (expertise K_____ p. 27). S'agissant de l'équilibre qu'aurait retrouvé le recourant entre ses activités bénévoles et le temps passé dans son appartement, l'experte souligne le fait que le recourant n'a actuellement aucune relation proche, mène une vie solitaire avec des activités restreintes et ritualisées, un périmètre d'action réduit en raison des craintes phobiques et paranoïaques ; le recourant considère lui-même que ce fonctionnement de retrait et d'isolement lui permet de se protéger et de maintenir un équilibre ; la pauvreté du réseau social du recourant est plutôt un élément réconfortant et l'amélioration de la situation semble être liée à la mise en place par le recourant d'un comportement d'évitement généralisé, de fonctionnement ritualisé et de demande d'aide à l'entourage (expertise K_____ p. 22-23). Par ailleurs, le Dr C_____ a également constaté que le recourant s'est réfugié dans la solitude ou le retrait social (avis du Dr C_____ du 6 août 2014) et qu'il présente une marginalisation importante (avis du Dr C_____ du 28 mai 2015) et Mme L_____ a souligné que le recourant vit de manière isolée, sans pratiquer aucune activité, hormis sortir ses chiens (expertise L_____ p. 6). Au vu de ces constatations, on ne saurait suivre le SMR lorsqu'il estime que la situation du recourant se serait améliorée dans une mesure telle que le recourant aurait recouvré une capacité de travail ; la sœur du recourant a d'ailleurs ajouté que le recourant est rapidement envahi lorsqu'il se retrouve face à une petite difficulté (expertise K_____ p. 18) ; cette amélioration est ainsi reliée à un comportement d'isolement et de conduite de gestion ritualisées, ne plaidant pas en faveur de la présence de ressources nécessaires à l'exercice d'une activité professionnelle. Ainsi, l'amélioration constatée s'inscrit dans le cadre d'un fonctionnement ritualisé du recourant, avec un important stress dû aux efforts nécessaires pour maintenir un fonctionnement social acceptable, et cela même en dehors de toute activité professionnelle. En conséquence, l'amélioration constatée n'est pas considérée par l'experte, et cela de façon convaincante, comme suffisante pour qu'il soit reconnu au recourant une capacité de travail. c.c. Le SMR se contente d'affirmer que les troubles neuropsychologiques devraient permettre, sans problème, une activité simple et répétitive, sans contester sérieusement la conclusion de Mme L_____, reprise par l'experte, selon laquelle, d'un point de vue strictement cognitif, la capacité de travail du recourant est limitée à un emploi routinier, sans rendement, sans planification et sans prise de décision, avec une probable baisse de rendement en raison de troubles attentionnels et exécutifs ; s'ajoutent à cela des limitations dues à des troubles du comportement qui sont au premier plan, sans amélioration malgré le traitement entrepris (expertise L_____ p. 8). c.d. Le SMR conteste aussi l'interprétation faite par Mme L_____ des résultats du test MMS pratiqué lors de l'expertise psychiatrique du SMR ; cette question peut

A/15/2016 - 29/32 - rester ouverte dès lors que Mme L_____ a expliqué que le test est un outil de dépistage pour les démences et qu'il est inapproprié pour évaluer les difficultés cognitives du recourant, ce qui n'est pas contesté par l'intimé ; en outre, le SMR ne se prononce pas sur le fait que les résultats auxquels aboutit Mme L_____, soit des performances pauvres, voire déficitaires sur le plan cognitif, sont cohérents avec ceux ressortant du test de février 2017 (expertise L_____ p. 7). Par ailleurs, l'expertise du SMR

(status psychiatrique) a mentionné que l'examen n'objective aucun trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire, ce qui est en contradiction avec les constatations de Mme L_____ (laquelle relève que le recourant n'a pas beaucoup de souvenirs de son enfance et qu'il y a des trous dans son parcours - expertise L_____ p. 4) et celle de la Dre K_____ (laquelle mentionne que le recourant a une mémoire qui semble très déficitaire, avec une incapacité à relater un évènement de manière précise - expertise K_____ p. 16-17). c.e. L'OAI estime que l'experte a fait une appréciation rétrospective subjective reposant uniquement sur des hypothèses étayées par aucun élément objectif extérieur aux impressions subjectives du recourant ; il cite, dans ce sens, un arrêt du Tribunal fédéral du 9 février 2017 (9C_286/2016). Dans celui-ci, le Tribunal fédéral a constaté que l'expertise judiciaire ne permettait pas de saisir les raisons pour lesquelles le trouble somatoforme douloureux du recourant aurait présenté un caractère invalidant, ce d'autant que l'expert avait inscrit, au centre de la discussion, la perception subjective que l'assuré se faisait de sa situation de vie éprouvante. En l'occurrence, un tel reproche ne saurait être formulé à l'encontre de l'expertise judiciaire ; l'experte a en effet exposé que, depuis le début de sa scolarité, le recourant a présenté des difficultés comportementales et cognitives l'empêchant de suivre une scolarité normale et ayant motivé un placement en institution pour enfants présentant des difficultés mentales et comportementales, sans avoir jamais intégré une formation ; il a également été réformé de l'armée en raison de trouble du comportement ; il a présenté un parcours professionnel chaotique et son dernier emploi remonte à 2007 ; il n'a pas été capable de s'occuper de sa fille, a dû être aidé par sa mère dans la gestion de ses affaires administratives et a été au bénéfice d'une mesure de protection en 2007 ; sa sœur témoigne aussi de difficultés relationnelle et comportementale importantes depuis son jeune âge. Ces faits ne sont pas contestés par l'intimé ; celui-ci admet également le diagnostic posé par l'experte de troubles du spectre autistique évoluant depuis le plus jeune âge et de manière stable ; or, celui-ci est fondé sur des éléments objectifs, soit la persistance, tout au long du parcours de vie du recourant, de manifestations en faveur de problèmes de sociabilisation, de communication ainsi que des comportements restreints et répétitifs, avec un retentissement social et professionnel important (expertise K_____ p. 25) ; l'experte a également souligné qu'il est fort possible que le recourant, en s'initiant au cannabis (fait documenté), ait trouvé dans cette substance un effet calmant ou lui permettant de se distancer de son mal-être,

A/15/2016 - 30/32 - étant relevé que les difficultés socio-cognitives évoluant depuis l'enfance sont source de souffrance, notamment sur le plan anxieux (expertise K_____ p. 28) et que cette dépendance est donc très probablement secondaire au trouble autistique (expertise K_____ p. 29) ; enfin, contrairement au cas précité, l'experte ne s'est pas fondée sur les affirmations du recourant pour conclure à un diagnostic incapacitant. c.f. Selon l'OAI, l'experte a indiqué qu'elle n'a pas eu accès au dossier médical établi par le médecin-traitant, de sorte qu'il est flagrant que nombres d'éléments objectifs indispensables font défaut à l'établissement du rapport d'expertise, en particulier au niveau de l'anamnèse. A cet égard, la chambre de céans constate que le rapport d'expertise du SMR du 6 juillet 2015, jugé probant par l'intimé, ne contient pas non plus le dossier du recourant établi par le médecin-traitant. Par ailleurs, l'experte a tenté, dans un souci louable de tenir compte de tous les avis médicaux existants, de prendre connaissance du dossier du Dr C_____ ; ce dossier n'étant pas accessible, on ne saurait, comme le fait l'intimé, affirmer que des éléments objectifs indispensables font défaut. c.g. L'OAI relève que, sous l'angle des nouveaux indicateurs, il y a lieu de tenir compte du fait que le recourant a une vie sociale

quasiment normale. En particulier, des relations interpersonnelles existent avec ses voisins, tout comme des activités extérieures régulières, l'assuré étant capable de gérer la partie administrative de sa vie, en utilisant internet pour ses paiements etc... Il y a ainsi une très grande discordance, selon l'OAI, entre la capacité de travail du recourant, qui serait prétendument nulle et sa capacité à gérer sa vie personnelle privée qui est, elle, entière. A cet égard, il a déjà été relevé que, selon l'expertise, le recourant présente un isolement social sans aucune relation proche, ainsi qu'un comportement d'évitement généralisé, qu'il mène une vie solitaire, avec des activités restreintes et ritualisées et que son périmètre d'action est réduit en raison de craintes phobiques et paranoïaques ; la description par l'experte de la vie sociale du recourant ne correspond pas à une vie sociale « quasiment normale » telle qu'invoquée par l'intimé. En outre, le traitement que le recourant suit, n'a pas permis d'apporter un changement notable au niveau de son fonctionnement ; le contexte du recourant, isolé, figé dans un quotidien ritualisé et dans un comportement d'évitement généralisé, ne lui apporte pas des ressources mobilisables, et permet d'affirmer qu'il existe une limitation uniforme du niveau d'activités dans tous les domaines comparables de la vie ; enfin l'experte n'a relevé aucune discordance entre les plaintes et renseignements fournis par le recourant et ses propres observations et éléments du dossier, hormis le fait que le recourant est anosognosique de ses difficultés relationnelles, comportementales et de son interprétativité (expertise K_____ p. 17).

A/15/2016 - 31/32 -

E. 16

Au vu de ce qui précède, l'expertise judiciaire suffit pour effectuer une appréciation concluante du cas, à l'aune des indicateurs jurisprudentiels précités. Le diagnostic posé est clair et entraîne des limitations fonctionnelles du recourant relevant de l'atteinte et non pas de facteurs non assurés. La conclusion de l'expertise judiciaire peut, en application des indicateurs précités, être confirmée, ce d'autant que le rapport d'expertise (volet psychiatrique) du SMR n'apparaît pas probant ; comme relevé par l'expertise judiciaire, il ne comprend aucune analyse de toutes les difficultés présentées par le recourant, rejette la présence de traits phobiques au motif que le recourant aurait une certaine vie sociale, alors qu'il s'agit seulement de relations limitées à des personnes familières, sans potentiel jugeant ; par ailleurs, le test MMS ayant servi à écarter les troubles cognitifs n'est pas approprié et l'expert psychiatre n'a pas approfondi cette question. En conséquence, il convient de reconnaître au recourant une incapacité de travail totale et durable depuis qu'il est jeune adulte, de sorte que son degré d'invalidité est de 100 %, lequel lui donne droit à une rente entière d'invalidité. La demande de prestations ayant été déposée le 11 novembre 2013, le droit aux prestations est ouvert depuis le 1er mai 2014.

E. 17

Partant, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée. Il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er mai 2014.

E. 18

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 4'000.- sera accordée au recourant 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]), à charge de l'intimé. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au

paiement d'un émolument de CHF 500.-.

Les frais d'expertise seront laissés à la charge de l'Etat de Genève.

A/15/2016 - 32/32 - 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.