

GE_GERICHTE ATAS/83/2011 vom 27. Januar 2011

GE Cour de justice, 2011-01-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_83_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/83/2011 du 27 janvier 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/83/2011 del 27 gennaio 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). La compétence de la Chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/4508/2008 - 14/22 -

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 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 230, consid. 1.1, ATF 129 V 4, consid. 1.2, ATF 127 V 467 consid. 1, ATF 126 V 136, consid. 4b et les références citées). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de l'AI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe rappelé ci-dessus. Cela étant, cette nouvelle n'a pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322).

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant au versement d'une rente d'invalidité au-delà du 29 février 2008.

E. 5

En vertu de l'art. 28 al. 1 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 invalidée à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins et à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. 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. 1er LPGA et 4 al. 1er LAI). L'incapacité de gain est définie comme toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 (ATF I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, 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

A/4508/2008 - 15/22 - 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 (ATF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid.7.2.1; ATF 113 V 22, consid. 4a).

E. 6

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2). b) 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 (ATF 125 V 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c). c) 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. Ainsi, 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). d)

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

A/4508/2008 - 16/22 - 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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 (ATF 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

E. 7

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 126 V 353, consid. 5b; ATF 125 V 193, consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2; ATF 126 V 319, consid. 5a). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF I 421/06 du 6 novembre 2007, consid. 3.1; ATF I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b; ATF 130 V 352, consid. 2.2.2).

E. 8

En l'espèce, les avis médicaux divergent s'agissant de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Il convient donc de déterminer quelles sont les conclusions qui doivent être retenues en fonction de la valeur probante que revêtent les différents rapports médicaux. S'agissant de l'examen réalisé par le Dr G _____, il correspond aux réquisits jurisprudentiels précités. Il se fonde en effet sur l'analyse du dossier complet du recourant, complété par un entretien et un examen clinique et une discussion des

A/4508/2008 - 17/22 - divers éléments du dossier. Ses conclusions sont claires et motivées. Partant, il convient de lui accorder une pleine valeur probante. En raison de la dégradation de l'état de santé du recourant rapportée par les Drs J _____ et F _____, une nouvelle expertise a cependant été diligentée par le Tribunal cantonal, et confiée au Dr L _____. Le rapport de ce médecin répond lui aussi aux exigences jurisprudentielles,

puisqu'il a été établi en parfaite connaissance du dossier médical du recourant, complété par un nouvel examen IRM, qu'il contient une anamnèse complète, détaille les plaintes du recourant et se fonde sur l'examen clinique de ce dernier. Cette expertise correspond donc également aux exigences du Tribunal fédéral en matière de rapports médicaux. A cet égard, on relèvera que le recourant, en reprochant à l'expert d'avoir conclu à une capacité de travail entière alors que les atteintes qui ont justifié sa totale incapacité après l'accident n'ont pas disparu, perd de vue que l'expert s'est prononcé non sur sa capacité à exercer son activité habituelle mais sur celle à exercer une activité adaptée, étant rappelé qu'il incombe à l'assuré de réduire le dommage, cas échéant en changeant de profession. Cet argument ne peut dès lors être retenu. Quant à la contradiction que le recourant croit déceler dans le fait que le Dr L _____, bien que n'ayant pu expliquer la raideur de sa colonne cervicale, ait toutefois admis qu'une activité adaptée ne devrait pas comporter de mouvements de la nuque, on rappelle que le recourant présente des dégénérescences discales du rachis cervical. C'est cet élément qui a motivé l'expert à retenir, à l'instar du Dr G _____, les mouvements de la nuque à titre de limitations fonctionnelles. S'agissant des autres critiques que le recourant émet à l'égard de l'expertise, elles sont également sans pertinence. Le fait que l'expertise n'indique pas de limitations fonctionnelles en rapport avec les positions assise, debout et la marche n'implique pas qu'elle soit incomplète, mais tout simplement que de telles limitations n'existent pas en l'occurrence. Les indications du recourant, qui a déclaré au Dr G _____ pouvoir marcher un quart d'heure, contredisent d'ailleurs la limitation à 200 mètres du périmètre de marche évoquée par le Dr F _____. Quant au maintien de la position assise, le Dr G _____ a observé que celle-ci était possible pendant plus d'une heure, contrairement aux déclarations du recourant qui affirmait ne pouvoir rester assis plus de 30 minutes. Enfin, s'il est vrai que les tâches du médecin consistent notamment à indiquer quelles sont les activités encore exigibles d'un assuré, la désignation d'activités professionnelles concrètes incombe à l'office (ch. 3048 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI] dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2010). Cas échéant, les constatations médicales peuvent A/4508/2008 - 18/22 - être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail sur le marché du travail. Dans ce cadre, il appartient au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré (ATF I 778/05 du 11 janvier 2007, consid. 6 et les références citées). En l'espèce, l'expert a rempli sa tâche en établissant sans ambiguïté les limitations fonctionnelles du recourant. Celles-ci ne sont en outre pas d'une ampleur telle qu'un stage d'observation se révèle nécessaire pour délimiter les activités concrètes encore à la portée du recourant. Par ailleurs, les constatations qui peuvent être faits à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle sont susceptibles d'être influencées par les éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage, si bien qu'elles ne prévalent pas sur les constatations médicales (ATF I

762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). Dans le présent cas, le recourant se considérant comme totalement incapable de travailler, on peut ainsi douter de l'utilité d'une telle mesure. Eu égard aux considérations qui précèdent, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à l'expertise du Dr L _____, laquelle n'a permis d'établir aucune aggravation organique de l'état de santé du recourant. En particulier, l'IRM pratiquée n'a révélé aucune lésion autre que celles qui existaient déjà au moment de l'examen du recourant par le Dr G _____. Par ailleurs, les diagnostics de l'expert sont largement superposables à ceux retenus par le médecin du SMR. Les conclusions de ces médecins, dont il n'y a pas lieu de s'écarter eu égard à leur valeur probante, sont identiques. Il ressort des rapports de ces spécialistes qu'ils n'ont pu trouver aucune explication rhumatologique ou somatique à l'ampleur des douleurs alléguées par le recourant. Or, pour fonder une incapacité de travail entraînant une invalidité au sens de la loi, les douleurs d'un assuré doivent être corroborées par des constatations médicales objectives, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Quant aux avis des Drs J _____, F _____ et C _____, on relève que la dégradation de l'état de santé du recourant dont ils font état se fondait essentiellement sur l'augmentation des douleurs alléguée par l'intéressé, sans toutefois que de nouveaux diagnostics ne viennent étayer cette aggravation. Les médecins traitants ont en effet avant tout évoqué un processus de somatisation et de chronicisation des douleurs. Dans la mesure où les avis de ces médecins ne reposent

A/4508/2008 - 19/22 - pas sur des éléments objectifs qui auraient été ignorés par les Drs G _____ et L _____, ils ne suffisent pas à remettre en cause les conclusions de ceux-ci. Conformément aux conclusions des experts, on retiendra donc que le recourant est parfaitement apte à exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

E. 9

Il sied encore d'examiner si des investigations supplémentaires sont nécessaires pour déterminer si le recourant souffre d'une atteinte psychique entraînant une invalidité, comme le suggère le Dr L _____. 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 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; voir également Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu de l'assuré (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b). En l'espèce, le Dr G _____ avait lors de son examen également recommandé un examen psychiatrique. L'intimé avait alors interpellé le Dr H _____, psychiatre du recourant. Si ce spécialiste a effectivement fait état d'un trouble dépressif, il a précisé que celui-ci était réactionnel aux douleurs et affirmé que la capacité de travail du recourant au plan psychique était totale. Il n'existe aucun élément permettant de revenir sur cette appréciation. En particulier, si les médecins traitants s'accordent à dire que le cas du recourant est complexe, aucun d'eux n'a mis en avant une éventuelle atteinte psychique entraînant une incapacité de travail. Au surplus, le recourant ne fait d'ailleurs pas valoir qu'il souffre d'une telle affection. Enfin, le fait qu'on ne trouve pas d'explication somatique aux plaintes d'un assuré

n'implique pas forcément qu'une affection psychique invalidante en soit à l'origine. Partant, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves.

E. 10

Dans un dernier moyen, le recourant reproche à l'intimé de n'avoir retenu qu'une réduction de 10 % dans le calcul du taux d'invalidité. a) En préambule, il sied de rappeler que le degré d'invalidité se calcule en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide à 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 A/4508/2008 - 20/22 - équilibré, conformément à l'art. 16 LPGA. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29, consid. 1). 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). 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 I 428/06 du 25 mai 2007, consid. 7.3.3.1). Pour déterminer le revenu d'invalidité de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75, consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte 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) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75, consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation de l'autorité (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75, consid. 6). Conformément à l'art. 61 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative (LPA; E 5 10), seul l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation peut être revu par le Tribunal de céans. Il y a abus du pouvoir d'appréciation lorsque l'autorité, tout en restant dans les limites du pouvoir d'appréciation qui est le sien, se fonde sur des considérations qui manquent de pertinence et sont étrangères au but visé par les dispositions légales applicables, ou viole des principes généraux du droit tels que l'interdiction de l'arbitraire et de l'inégalité de traitement, le principe de la bonne foi et le principe de la proportionnalité (ATF C 114/01 du 28 juin 2002, consid. 2b/aa; ATF 123 V 150, consid. 2). b) La réduction de 10 % opérée en l'espèce n'est pas critiquable dès lors que le recourant n'est pas particulièrement âgé et qu'il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. De plus, les obstacles linguistiques à sa réinsertion ne font pas partie des critères qui doivent être pris en compte lors de l'abattement selon la jurisprudence. En retenant une réduction de 10 % sur le salaire d'invalidité, l'intimé a dès lors exercé son pouvoir d'appréciation de manière conforme au droit.

A/4508/2008 - 21/22 - Quoi qu'il en soit, on relèvera qu'en tout état de cause, une réduction de 25 % du salaire statistique conduirait à un revenu avec invalidité de 45'160 fr. et, par

voie de conséquence, à un degré d'invalidité de l'ordre de 32 % insuffisant pour l'octroi d'une rente.

E. 11

a) Conformément à l'art. 18 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté à droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié ou à un conseil suivi afin de conserver un emploi. 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, qui comprennent l'aide au placement. 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, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a), contrairement aux mesures de reclassement pour lesquelles la jurisprudence a fixé un seuil minimal de diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20 % (ATF I 665/99 du 18 octobre 2000, consid. 4b; ATF 124 V 108 consid. 2b). b) En l'espèce, le recourant présente certaines limitations fonctionnelles pouvant rendre la recherche d'un emploi plus difficile. Il convient donc de confirmer la décision de l'intimé en tant qu'elle prévoit la possibilité pour le recourant de bénéficier d'une telle mesure sur demande motivée.

E. 12

Au vu de ce qui précède, la décision de l'intimé s'avère fondée et le recours sera rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPG). Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu en l'espèce de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986, RSG E 510.03).

A/4508/2008 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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