

# FR\_GERICHTE 605 2013 43 vom 22. Juni 2015

FR Kantonsgericht, 2015-06-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2013\\_43](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_43)

FR: FR\_GERICHTE 605 2013 43 du 22 juin 2015

IT: FR\_GERICHTE 605 2013 43 del 22 giugno 2015

## Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 14

mars 2013. Ce rejet fait l'objet d'un recours séparé (605 2013 60). Par décision du 28 janvier 2013, l'OAI a supprimé la rente de l'assurée au motif qu'elle n'a pas collaboré aux deux expertises ordonnées dans le cadre de la révision de la rente. B. Contre cette décision, A. \_\_\_\_\_, représentée par Me Bruno Charrière, interjette recours le 28 février 2013. Elle dépose un mémoire complémentaire le 13 mars 2013. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. A l'appui de ses conclusions, elle conteste le manque de collaboration que l'OAI lui reproche puisqu'elle s'est rendue aux deux expertises ordonnées. Elle conclut également à la restitution de l'effet suspensif et à l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite. Par décisions séparées du 6 juin 2013, la demande de restitution de l'effet suspensif (605 2013 45) a été rejetée et l'assistance judiciaire gratuite (605 2013 44) lui a été accordée. Invitée à déposer ses observations, l'autorité intimée n'a pas répondu dans le délai imparti. Le 8 janvier 2014, C. \_\_\_\_\_, en sa qualité de fonds de prévoyance intéressé auquel la décision attaquée a été notifiée, a été appelée en cause. Elle n'a pas répondu dans le délai imparti. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée dûment représentée et directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 Les atteintes à la santé psychique 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 (Tribunal fédéral, arrêt M. [I 946/05] du 11 mai 2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les autres références citées). La reconnaissance de l'existence d'une

atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; Tribunal fédéral, arrêt non publié O. [9C\_745/2010] du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). c) En vertu de l'art. 69 al. 2 RAI, les mesures d'instruction sont destinées à réunir les données nécessaires sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Cette

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 disposition prévoit, comme mesure d'instruction, la possibilité pour l'autorité d'exiger une expertise ou de réaliser une visite domiciliaire. d) Selon l'art. 28 al. 1 LPGA, les assurés et les employeurs doivent collaborer gratuitement à l'exécution des différentes lois sur les assurances sociales. L'al. 2 précise que celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. L'art. 43 al. 1 LPGA dispose que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière

inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3). La jurisprudence fédérale a précisé que l'application de l'art. 43 al. 3 LPGA dans un cas où des prestations sont en cours et où l'assuré qui les perçoit refuse de manière inexcusable de se conformer à son devoir de renseigner ou de collaborer à l'instruction de la procédure de révision, empêchant par là que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité établisse les faits pertinents, a pour conséquence que le fardeau de la preuve est renversé. Il appartient alors à l'assuré d'établir que son état de santé, ou d'autres circonstances déterminantes, n'ont pas subi de modifications susceptibles de changer le taux d'invalidité qu'il présente (Tribunal fédéral, arrêt non publié L. [9C\_961/2008] du 30 novembre 2009, consid. 6.3). S'il s'avère que l'assuré, de manière fautive, n'a pas respecté son obligation de collaborer, une décision peut être rendue selon l'art. 43 al. 3 LPGA sur la base du dossier existant (Tribunal fédéral, arrêt non publié S. [8C\_281/2012] du 30 mai 2012, consid. 3.2.2). 3. a) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b, 107 V 219 consid. 2, 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). b) Dans une procédure de révision, le revenu de valide fixé dans la décision initiale et repris dans la décision de révision attaquée peut être revu librement, même s'il n'a jamais été remis en cause par l'assuré, lorsque le dossier ou les allégations d'une partie en fournissent l'occasion et ce, même si la modification motivant la demande de révision porte éventuellement sur un autre élément propre à justifier le droit à des prestations tels la capacité de travail ou le revenu d'invalidé (Tribunal fédéral, arrêt non publié B. [9C\_163/2008] du 1er juillet 2008 consid. 3.3; ATF 117 V 198 consid. 4b / VSI 2002 168). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Cependant, en cas de révision, le gain doit être

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 évalué par rapport à l'année au cours de laquelle le changement de circonstances entraîne une révision du droit à la rente (Tribunal fédéral, arrêt non publié A. [9C\_501/2009] du 12 mai 2010 consid. 5.2; U. MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg, 2003, p. 122 n° 447). 4. Est en l'espèce litigieuse la question de la collaboration de l'assurée aux différentes mesures ordonnées par l'OAI. a) L'autorité intimée indique avoir tenté de mettre sur pied deux expertises, qui, par manque de collaboration de la part de l'assurée, n'ont pas permis d'apporter des éléments probants, les experts n'ayant pas pu poser de diagnostic médical clair et définitif. Elle relève que l'échec systématique des mesures d'instructions médicales mises sur pied n'est pas dû à l'impossibilité du corps médical à poser un diagnostic, mais plutôt à l'impossibilité dans laquelle l'assurée les a mis à pouvoir l'examiner, malgré la mise en demeure du 12 octobre 2012 de coopérer activement. L'assurée soutient ne pas avoir refusé d'effectuer l'expertise prévue en mars 2011 auprès de D. \_\_\_\_\_. Elle indique avoir paniqué lorsque la doctoresse lui a expliqué que son père ne

pouvait pas être présent et qu'une interprète le remplacerait, car celui-ci l'accompagne en toutes circonstances et sa présence la rassure. Elle s'est ainsi sentie mal face à des inconnus, s'est évanouie et a perdu tous ses moyens, de sorte qu'elle n'a pu répondre aux questions de la doctoresse. Un mois plus tard et toujours dans le cadre de cette expertise, elle ne s'est en revanche pas opposée à voir l'autre experte avec l'interprète et sans son père. S'agissant de la seconde expertise, la recourante soutient avoir été disposée à collaborer, selon son père, qu'elle a parcouru 115 km en voiture malgré ses malaises, qu'elle a dû patienter 20 minutes dans une salle d'attente minuscule et sans chaise, qu'elle s'est sentie mal et s'est effondrée avant l'arrivée de l'expert. Celui-ci ne l'aurait pas aidée à se relever et l'aurait ensuite renvoyée à la maison de façon peu courtoise. Il ne lui aurait pas laissé l'opportunité de collaborer et aurait refusé de l'expertiser en prétextant que son état de santé ne le permettait pas alors qu'il savait pertinemment qu'elle souffrait de fréquents malaises. Par ailleurs, aucune personne en charge de son dossier ne lui a expliqué qu'une expertise permettrait éventuellement de poser un diagnostic clair par rapport à ses symptômes et l'aiderait peut-être à guérir, alors que cela lui aurait permis d'être moins angoissée lors des expertises. Son état de santé ne s'est en outre pas amélioré depuis son mariage ou la naissance de ses enfants. Enfin, elle relève que l'expertise du 10 mai 2011 indique qu'une hospitalisation en milieu psychiatrique était nécessaire, ce que son médecin traitant a également préconisé à plusieurs reprises. b) En l'espèce, les différents experts s'accordent pour relever que, si l'assurée est venue aux expertises, elle n'y a pas participé activement. Ainsi, l'expertise bidisciplinaire du 10 mai 2011 met en avant une absence de collaboration de l'assurée, constatée tant par la Dresse E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, que par la Dresse F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (cf. dossier OAI p. 164). La Dresse E. \_\_\_\_\_ relève en particulier que l'assurée ne répond pas aux questions, même en présence de son père (cf. dossier OAI p. 163, 169), refuse la présence de l'interprète (cf. dossier OAI p. 167) et de se dévêtir, ne permettant qu'un examen somatique très sommaire (cf. dossier OAI p. 163, 166). La Dresse F. \_\_\_\_\_ a quant à elle précisé que la recourante a accepté de la voir sans son père après une très grande résistance et qu'elle a consenti à répondre plus ou moins aux questions après plusieurs épisodes très démonstratifs, tout en se montrant très en colère et agressive (cf. dossier OAI p. 162, 165). L'experte a également

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 relevé qu'elle a compris les questions et y a répondu de manière adéquate lorsqu'elle a accepté de répondre, et qu'elle s'est à nouveau montrée extrêmement démonstrative après 10 minutes et a refusé de rester dans le bureau (cf. dossier OAI p. 165). Les deux expertes mettent en évidence les extrêmes difficultés à pouvoir lui parler directement et le fait qu'aucun examen psychiatrique conforme et rigoureux n'a pu être effectué en raison de la non-collaboration de l'assurée, mais aussi en raison de la résistance présentée par sa famille. De ce fait, elles ne peuvent retenir un diagnostic psychiatrique avec certitude (cf. dossier p. 162). Une seconde expertise psychiatrique du 23 octobre 2012 constate elle aussi la non-collaboration de l'assurée. En effet, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, indique tout d'abord que le père de celle-ci l'avait informé par téléphone que sa fille ne viendrait pas au rendez-vous parce que "l'AI n'avait pas le droit de faire cela". Lorsqu'il a demandé à l'assurée le jour de l'examen de venir dans la salle de consultation, celle-ci s'est allongée de tout son long dans la salle d'attente en poussant des soupirs. Les choses ne s'arrangeant pas, la consultation n'a pas pu avoir lieu et l'assurée est repartie. L'expert précise que le "malaise" ne correspond pas à ce à quoi on s'attend dans un trouble dissociatif et que l'assurée, qui est toujours restée

consciente, s'est laissée glisser au sol en prenant les appuis nécessaires pour ne pas se blesser. Il ajoute encore que la symptomatologie a rapidement régressé lorsqu'elle a compris que la consultation n'aurait pas lieu. Il conclut être persuadé qu'il s'agissait d'un simple comportement anormal de malade voire d'une production délibérée et consciente de symptômes qui sortait du champ médical et non pas d'une maladie psychiatrique stricto sensu (cf. dossier OAI p. 175). Le 20 février 2013, l'expert a indiqué avoir été en retard de 5 à 10 minutes au maximum et que son assistante a aimablement reçu l'assurée et son père. Si l'assurée a dû attendre dans le hall d'entrée alors qu'elle voulait s'installer sans autre dans la salle de consultation, la porte dudit hall est restée ouverte. Il n'a aucun doute que le malaise était manifestement feint et c'est poliment qu'il lui a indiqué qu'elle pouvait rentrer chez elle (cf. dossier OAI p. 242). Par ailleurs, certains questionnaires médicaux ont été remplis par le médecin traitant de la recourante, parfois aussi sur la base de ce que celui-ci savait et à l'aide du père (cf. dossier OAI p. 95, 106). L'enquête économique sur le ménage du 15 septembre 2009 a quant à elle été réalisée hors la présence de l'assurée qui dormait et ce sont ses parents qui ont répondu aux questions (cf. dossier OAI p. 123). La valeur probante de ces documents doit dès lors être mise en doute, dès lors qu'il n'appartient ni au médecin ni à la famille de l'assurée de répondre aux questions à sa place, encore moins en son absence, en raison du manque de distance vis-à-vis de l'assurée (cf. ATF 140 V 260 consid. 3.2.4). Au surplus, la Cour constate que, si la collaboration avait été possible en juillet 1999 avec une hospitalisation d'une semaine durant laquelle le diagnostic de trouble dissociatif avec symptomatologie mixte (sensorielle et motrice) a été posé (cf. dossier OAI p. 31), l'assurée a ensuite très rapidement cessé de collaborer. En juillet 2000, elle a refusé une hospitalisation de deux semaines au minimum à I. \_\_\_\_\_, jugée nécessaire par les médecins pour mettre en place un traitement neuroleptique et permettre une évaluation de l'état psychique réel (cf. dossier OAI p. 35). La Dresse H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, confirme le

## **E. 19**

novembre 2011 le diagnostic de trouble dissociatif de conversion mixtes (F 44.7) et ajoute que la recourante ne communiquait pas, qu'elle était toujours réticente à venir aux entretiens et exigeait toujours la présence de son père (cf. dossier OAI p. 51). La recourante prétend se sentir déconcertée, anxieuse et mal à l'aise face à des inconnus, ce qui provoquerait les malaises. Cependant, aucun certificat médical n'atteste de cette cause à effet. Au

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 surplus, aucune des deux expertises ne confirme le diagnostic de trouble dissociatif de conversion mixte, retenant au contraire qu'aucun diagnostic ne peut être retenu avec certitude. L'assurée est par ailleurs capable de répondre de façon cohérente lorsqu'elle est décidée à le faire. Certes, elle s'est rendue aux différents rendez-vous, mais elle a systématiquement agi de manière à ce que les diverses consultations ne puissent pas se dérouler ou ne puissent pas avoir lieu dans des conditions adéquates. Elle a de plus expressément refusé en juillet 2000 une hospitalisation jugée nécessaire par les médecins notamment pour permettre une évaluation de son état psychique réel. La présence de son père, qu'elle prétend rassurante, ne l'a pas empêchée de refuser de répondre aux questions des experts (cf. dossier OAI p. 170, 206). Elle soutient en outre que personne ne lui a expliqué qu'une expertise pourrait permettre de poser un diagnostic clair. Cependant, elle a reçu la liste des questions à poser aux experts, et les questions relatives au diagnostic y figurent clairement (cf. dossier OAI p. 151, 186). Par ailleurs, l'assurée a été avertie à plusieurs reprises dès la fin janvier 2011, soit déjà plusieurs mois avant la première

expertise, que si elle refusait de se soumettre aux expertises, l'autorité intimée statuerait en l'état du dossier. L'avertissement du 12 octobre 2012 était d'ailleurs très clair sur l'obligation de collaborer et les conséquences d'un refus (cf. dossier OAI p. 149, 190, 198, 199). Or, les pièces du dossier, outre les deux expertises précitées, ne permettent pas de retenir un diagnostic ainsi qu'une évaluation des troubles et de la capacité de travail de la recourante. Le seul diagnostic posé date en effet du 19 novembre 2001 mais il n'a pas été confirmé par la suite et la capacité de travail n'a jamais été réellement examinée alors même que le médecin traitant estimait qu'une amélioration de celle-ci était possible (cf. dossier OAI p. 38). 5. Au vu de ce qui précède, la Cour constate le manque de collaboration de la recourante, notamment aux différentes expertises destinées à établir son état de santé, pourtant dûment avertie des conséquences, et que ce manque a rendu impossible tout diagnostic et toute évaluation de sa capacité de travail. Partant, c'est à juste titre que l'autorité intimée a supprimé la rente. Le recours doit dès lors être rejeté. a) La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à 800 francs et sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Vu la décision d'octroi de l'assistance judiciaire totale du 6 juin 2013, le paiement ne sera toutefois pas exigé de sa part. b) Agissant sous le couvert de l'assistance judiciaire totale, la recourante a droit à ce que ses dépens soient indemnisés par l'Etat. Son mandataire a produit le 5 juin 2015 une liste de frais concernant tant la présente procédure que le recours contre le refus de l'allocation pour impotent. Comme il n'est pas possible de distinguer quelles opérations correspondent à quelle procédure et par soucis d'économie de procédure, le montant total est divisé par deux. Conformément aux art. 146 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), compte tenu des seules opérations nécessaires effectuées par le mandataire dans le cadre de la procédure, de la difficulté et de l'importance relatives du litige, il se justifie de fixer l'équitable indemnité à laquelle elle a droit à 4'038 fr. 10 à raison de 19h34 (1'174 minutes) à 180 francs, soit à un montant de 3'522 francs, plus 217 francs au titre de débours, plus 299 fr. 10 au titre de la TVA à 8 %, divisé par deux, soit 2'019 fr. 05 (1'761 francs plus 108 fr. 50 plus 149 fr. 55). Cette indemnité est mise dans son intégralité à la charge de l'Etat.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté et la décision attaquée est confirmée. II. Les frais de justice, par 800 francs, sont mis à la charge de la recourante; ils ne lui sont toutefois pas réclamés en raison de l'assistance judiciaire octroyée. III. Il est alloué à Me Charrière, en sa qualité de défenseur d'office, une indemnité fixée à 1'761 francs, plus 108 fr. 50 au titre de débours, plus 149 fr. 55 au titre de la TVA à 8 %, soit à 2'019 fr. 05. Cette indemnité est mise à la charge de l'Etat. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 22 juin 2015/cso La Présidente La Greffière-rapporteure

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