

VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 931 vom 16. Oktober 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-10-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2025__931

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 931 du 16 octobre 2025

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 931 del 16 ottobre 2025

Regeste

MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE}, ACCIDENT,
ASSUREUR-ACCIDENTS | 10 LAA, 6 al. 1 LAA, 43 al. 1 LPGA, 45 al. 1 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2025 / 931

MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE}, ACCIDENT,
ASSUREUR-ACCIDENTS | 10 LAA, 6 al. 1 LAA, 43 al. 1 LPGA, 45 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 60/24 - 138/2025 ZA24.021770 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt
du 16 octobre 2025 _____ Composition : Mme Livet , juge unique
Greffière : Mme Matthey ***** Cause pendante entre : V. _____ , à [...],
recourante, et Z. _____ , à [...], intimée. _____ Art. 6 al. 1 et 10 LAA ; 43 et
45 LPGA. E n f a i t : A. V. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...],
travaillait en qualité de [...] pour le compte du [...], à [...], depuis le 1 er octobre 2022. Elle
était à ce titre assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de
Z. _____ (ci-après : la Z. _____ ou l'intimée). Selon la déclaration d'accident LAA
bagatelle remplie par l'employeur le 3 juillet 2023, l'assurée s'était fait piquer par une tique
à la jambe gauche le 24 mars 2023 et avait développé la maladie de Lyme. La Z. _____ a
pris le cas en charge (cf. courrier du 4 juillet 2023). Par courrier du 10 octobre 2023, la
Z. _____ a signifié à l'assurée qu'elle était disposée à prendre en charge une série de
neuf séances d'acuponcture à concurrence de 175 fr. par séance, pour autant que le
thérapeute soit inscrit au Registre des médecines empiriques (RME), et ce bien qu'il
s'agisse d'une thérapie alternative non reconnue scientifiquement, qui ne faisait donc pas
partie des prestations obligatoires à la charge de l'assurance-accidents LAA. Par rapport du
18 octobre 2023 à la Z. _____, le médecin traitant de l'assurée, le Dr Y. _____,
spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que les premiers soins avaient été
prodigués le 31 mars 2023, en raison d'un érythème migrant de quatre centimètres
secondaire à une piqûre de tique. Il a noté que des examens avaient été réalisés en
laboratoire, qui avaient démontré que la valeur des IgM était « limite pour Lyme ». Avec
son envoi, le médecin traitant a produit un rapport du 8 septembre 2023 contenant en
particulier les résultats des analyses effectuées en laboratoire les 27 mars 2023, 30 mai 2023
et 8 septembre 2023. Le 11 janvier 2024, la Z. _____ a requis du Dr C. _____,
spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, la remise du rapport relatif à la
consultation du 7 décembre 2023 ainsi que le rapport des analyses sanguines réalisées ce
même jour. Aux termes d'un rapport du 8 janvier 2024 transmis à la Z. _____ le
26 janvier suivant, les Drs C. _____ et I. _____, spécialiste en médecine interne
générale et en rhumatologie, ont expliqué avoir vu l'assurée à leur consultation le

7 décembre 2023. Ils ont noté que la patiente leur avait été adressée par son médecin traitant pour évaluer ses arthralgies ensuite d'une suspicion de maladie de Lyme. Après examen clinique, ils ont indiqué que l'assurée présentait des arthralgies intermittentes et migrantes répondant aux AINS (anti-inflammatoire non stéroïdien) depuis 2022, actuellement asymptomatique. Le diagnostic différentiel s'ouvrait entre un rhumatisme palindromique, une arthrite psoriasique débutante ou une arthrite post-virale récidivante. Dans les trois cas, les AINS constituaient le traitement de choix à ce stade. Les Drs C. _____ et I. _____ avaient prévu de revoir la patiente dans les deux mois. Dans une appréciation du 14 février 2024, le médecin-conseil de la Z. _____ a notamment relevé que si le Dr Y. _____ décrivait un érythème migrant qui documentait la morsure de tique initiale, toutes les analyses sanguines confirmaient l'absence d'atteinte par la maladie de Lyme ; l'assurée avait du reste déclaré au Dr C. _____ ne pas avoir retiré de tique au niveau cutané. Le médecin-conseil a estimé que le traitement initial était justifié, ainsi que les contrôles sanguins ultérieurs, mais qu'au vu de l'absence d'anticorps, les atteintes arthritiques ressenties par l'intéressée n'étaient qu'en lien possible avec la morsure de tique. Par décision du 6 mars 2024, la Z. _____ a exposé à l'assuré que l'examen de son dossier médical ne démontrait pas l'existence d'un lien de causalité entre la piqûre de tique annoncée le 3 juillet 2023 et ses troubles persistants ; s'il pouvait être admis que les premiers traitements et analyses avaient pu être justifiés par l'évènement annoncé, les investigations ultérieures ne se trouvaient pas dans un rapport de causalité suffisant avec l'évènement annoncé, l'arthrite post-virale n'étant qu'une hypothèse. Dès lors, elle a signifié à l'assurée que son intervention en ce qui concernait l'évènement du 24 mars 2023 se limitait aux frais entrepris jusqu'au 8 septembre 2023, date à laquelle les analyses relatives à la borréliose s'étaient avérées négatives pour la troisième fois. La Z. _____ a ainsi recommandé à l'assurée de s'adresser à son assurance-maladie pour le remboursement de ses frais de traitement. L'assurée a formé opposition contre cette décision par courrier non daté envoyé sous pli recommandé le 30 mars 2024. Elle a fait valoir que son médecin traitant lui avait prescrit une consultation chez un rhumatologue, le Dr C. _____, en raison de douleurs articulaires persistantes, liées à la maladie de Lyme, de sorte que ce traitement secondaire était justifié dans le cadre d'une piqûre de tique et était en lien avec l'accident du 24 mars 2023. L'assurée a également demandé le remboursement des frais relatifs au traitement d'acupuncture, se référant au courrier qui lui avait été adressé le 10 octobre 2023 et qui acceptait la prise en charge de neuf séances. Avec son envoi, l'assurée a, en particulier, produit un rapport établi le 27 mars 2024 à l'attention de la Z. _____, par lequel son médecin traitant a fait état de ce qui suit (sic) : « Merci de bien vouloir prendre en compte que cette patiente a été piquée par une tique en mars 2023 à la suite de celle-ci, elle a présenté un érythème migrant. Quelques temps après un développement de douleurs articulaires, cliniquement il s'agissait d'une maladie de Lyme. La patiente a donc bénéficié d'un TTT [traitement] antibiotique avec des résultats partiels. Comme les douleurs articulaires persistaient elle a été adressée au Dr C. _____, rhumatologue. Tout le traitement est secondaire à cette piqûre de tique et dans la lignée de la maladie de Lyme, accident médical. Sauf erreur les cas de piqûre de tique sont pris en charge par l'assurance LAA. » Après la reprise de l'instruction du dossier, les Drs C. _____ et I. _____ ont produit un rapport établi le 22 avril 2024 et adressé au Dr Y. _____, dans lequel ils ont posé les mêmes diagnostics différentiels que dans leur précédent rapport. Ils ont indiqué qu'une rotation d'AINS avait été introduite et qu'ils laissaient le soin à la patiente de continuer l'AINS le plus efficace. Les rhumatologues

n'avaient pas prévu de revoir l'assurée et restaient à disposition en cas d'évolution de la symptomatologie. Par décision sur opposition du 23 avril 2024, la Z. _____ a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 6 mars 2024. Elle a relevé que le Dr C. _____ retenait trois diagnostics différentiels et qu'aucune des analyses réalisées pour la maladie de Lyme ne s'était avérée positive. Dans ces conditions, elle a retenu que la maladie de Lyme n'était pas établie au regard de la vraisemblance prépondérante, puisqu'elle ne constituait qu'une hypothèse. En ce sens, elle a estimé avoir à juste titre mis un terme à son intervention au 8 septembre 2023, en l'absence d'un rapport de causalité naturelle au moins probable avec l'évènement du 24 mars 2023. B. Par acte du 17 mai 2024, V. _____ a interjeté un recours à l'encontre de cette décision sur opposition par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la prise en charge des soins prodigués par le Dr C. _____ et des soins de médecine alternative (acupuncture). En substance, la recourante a expliqué que son médecin traitant lui avait prescrit une consultation chez un rhumatologue en raison de douleurs articulaires persistantes, liées à la maladie de Lyme, qui avait nécessité des examens sanguins supplémentaires afin de déceler la présence de troubles post-Lyme ; elle s'était donc rendue chez le Dr C. _____, qui avait procédé à une prise de sang, laquelle s'était révélée négative. La recourante soutient que de tels tests, ayant conclu à un traitement d'anti-douleurs par voie orale, étaient nécessaires. Son médecin traitant et la collaboratrice de l'intimée en charge de son dossier lui avaient par ailleurs confirmé la prise en charge de ces soins par téléphone. En ce qui concerne le traitement par acupuncture, la recourante a allégué que la maladie de Lyme provoquait des douleurs articulaires continues et compliquées à vivre, raison pour laquelle il lui avait été conseillé de suivre des séances d'acupuncture. Lors d'un appel, la collaboratrice de l'intimée lui avait signifié que son employeur bénéficiait d'une complémentaire qui couvrait ces frais à hauteur de neuf séances, ce qui lui avait encore été confirmé par courrier du 10 octobre 2023. Aucune facture ne lui avait toutefois été remboursée, alors que l'intégralité du traitement devait être pris en charge par l'assureur-accidents. A l'appui de ses allégations, la recourante a produit diverses pièces figurant déjà au dossier. Par réponse du 20 juin 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a indiqué qu'à la suite de la consultation auprès du Dr C. _____, il s'était avéré que les douleurs articulaires ayant nécessité ce traitement n'étaient que possiblement en lien de causalité naturelle avec la piqûre de tique, la maladie de Lyme n'étant pas établie au regard de la vraisemblance prépondérante. Le terme mis aux prestations complémentaires de manière rétroactive était conforme à l'application de la LAA, l'assureur-accidents conservant la possibilité d'ajuster rétroactivement le droit à un traitement médical qu'il n'avait pas encore payé. L'intimée a également relevé que ce traitement était couvert par l'assurance-maladie. Quant au traitement d'acupuncture, il sortait du cadre de l'objet du litige puisqu'il se fondait sur la police d'assurance collective accidents complémentaire, comme le mentionnait le courrier du 10 octobre 2023. L'intimée a en outre annoncé qu'elle rembourserait ce traitement, sans reconnaissance d'obligation. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable, sous réserve de ce qui suit. c) aa) Dans le domaine de l'assurance-accident, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer sur les recours contre les décisions sur opposition d'un assureur-accident, autrement dit pour statuer sur les litiges liés à l'application de LAA, conformément aux art. 56 ss LPGA et à l'art. 93 let. a LPA-VD. Elle n'est en revanche pas compétente en cas de contestations relatives à un contrat d'assurance privé soumis à la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1). Ces derniers litiges relèvent de la compétence des tribunaux civils (cf. art. 85 al. 1 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance ; RS 961.01]), déterminée en fonction des dispositions de procédure civile. bb) Ainsi, s'agissant du remboursement des séances d'acupuncture auquel prétend la recourante, il sied de constater que ce traitement ne fait pas partie des prestations obligatoires à la charge de l'assurance-accidents au sens de la LAA, mais de l'assurance privée complémentaire qu'avait conclu l'employeur de la recourante. Ce point du litige ne relève dès lors pas de la compétence de la Cour de céans, si bien que la conclusion de la recourante à cet égard est irrecevable. Quoi qu'il en soit, l'intimée a indiqué, dans sa réponse, qu'elle rembourserait les frais afférents à ce traitement, conformément à son courrier du 10 octobre 2023 et sur la base de la police d'assurance collective accidents complémentaire conclue par l'employeur de l'intéressée, ce dont il suffit de prendre acte. d) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) Le litige porte sur le point de savoir si la recourante a le droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 8 septembre 2023. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1). c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie,

le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence citée ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1). d) Le catalogue des prestations de l'assurance-accidents comprend notamment le droit au traitement médical (art. 10 LAA), le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA), ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA). e) Aux termes de l'art. 43 al. 1, 1^{ère} phrase, LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Selon l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (ATF 115 V 62 ; TF 9C_619/2021 du 12 septembre 2022 consid. 6.2 ; TF 9C_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5). 4. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que l'évènement du 24 mars 2023 est constitutif d'un accident. Est litigieuse la question de la prise en charge par l'intimée des suites de cet accident, en particulier au-delà du 8 septembre 2023. La recourante fait valoir que la consultation du 7 décembre 2023 auprès de médecins rhumatologues lui a été prescrite par son médecin traitant en raison de douleurs articulaires persistantes, liées à la maladie de Lyme, de sorte que ce traitement était en lien avec l'accident du 24 mars 2023 et qu'il devait être pris en charge par l'intimée. L'intimée retient, quant à elle, qu'à la suite de la consultation du 7 décembre 2023, plusieurs diagnostics différentiels ont été posés par les médecins rhumatologues, et que les analyses réalisées pour la maladie de Lyme ne se sont pas avérées positives. Elle estime ainsi que le lien de causalité entre les troubles de l'assurée et la piqûre de tique n'est qu'une hypothèse, qui n'est pas établie au regard de la vraisemblance prépondérante, se fondant sur l'appréciation de son médecin-conseil. A ses yeux, elle était autorisée à mettre un terme aux prestations avec effet rétroactif sans avertissement préalable à l'assurée, puisqu'elle conservait la possibilité d'ajuster rétroactivement le droit à un traitement médical qu'elle n'avait pas encore payé. b) Il faut certes admettre, avec l'intimée, que la consultation rhumatologique du 7 décembre 2023 a permis de réfuter le lien de causalité naturelle et adéquate entre les arthralgies dont souffre l'assurée et la piqûre de tique du 24 mars 2023. Les douleurs articulaires ne sont, en effet, que possiblement en lien de causalité avec la piqûre de tique, la maladie de Lyme (ou arthrite post-virale récidivante) n'étant qu'une des hypothèses retenues par les rhumatologues, avec les diagnostics différentiels de rhumatisme palindromique et d'arthrite psoriasique débutante (cf. rapport du 8 janvier 2024). C'est donc à juste titre que l'intimée a nié tout lien de causalité naturelle et adéquate établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre les troubles de l'assurée et l'évènement accidentel, ce que la recourante ne conteste pas, puisqu'elle ne prétend pas à la prise en charge du traitement de ses douleurs articulaires, mais seulement à celle du traitement du 7 décembre 2023, toujours en lien, selon elle, avec une suspicion de maladie de Lyme. L'intimée estime toutefois que la prise en charge du cas doit cesser au 8 septembre 2023, date à laquelle les

analyses relatives à la borréliose se sont avérées négatives pour la troisième fois. Or le rapport du 18 octobre 2023 du Dr Y. _____, faisant suite aux analyses sanguines effectuées les 27 mars, 30 mai et 8 septembre 2023, a indiqué que la valeur des IgM était « limite » pour détecter une maladie de Lyme, suspectée au vu de l'érythème migrant de quatre centimètres présenté par sa patiente. Il ressort en outre tant du rapport du 8 janvier 2024 des Drs C. _____ et I. _____ que du rapport du 27 mars 2024 du médecin traitant que ce dernier avait adressé sa patiente aux rhumatologues en raison de douleurs articulaires persistantes ensuite d'une suspicion de maladie de Lyme. Il n'apparaît donc pas qu'à ce stade, les seules analyses ordonnées par le médecin traitant étaient suffisantes pour se prononcer sur la maladie soupçonnée, et, ainsi, exclure le lien de causalité. C'est en effet sur la base du rapport des Drs C. _____ et I. _____ du 8 janvier 2024 que le médecin-conseil de l'intimée a exclu ce lien de causalité, au vu des diagnostics différentiels posés. Partant, il apparaît que la consultation rhumatologique et les analyses effectuées dans ce cadre étaient nécessaires pour déterminer si les douleurs articulaires étaient en lien de causalité avec l'accident et, par conséquent, l'étendue des prestations que l'intimée devait couvrir, ceci indépendamment du fait que l'assurance n'ait pas été à l'origine de la consultation du 7 décembre 2023. En vertu de son devoir d'instruire les faits d'office, l'intimée se devait d'examiner la question de la causalité entre les douleurs et l'accident (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Celle-ci a d'ailleurs expressément requis des rhumatologues une copie dudit rapport par courrier du 11 janvier 2024, dans le cadre de l'instruction du dossier. Par conséquent, dans la mesure où la consultation, les analyses et le rapport du 8 janvier 2024 ont permis à l'assurance de se prononcer sur cette question, il lui incombait d'en couvrir les frais, conformément à l'art. 45 LPGA. c) Partant, la consultation du 7 décembre 2023 auprès des Drs C. _____ et I. _____, les analyses effectuées dans ce cadre et l'élaboration du rapport du 8 janvier 2024 sont à la charge de l'intimée. En l'absence de lien de causalité entre les douleurs articulaires de la recourante et l'accident, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prester pour le surplus. 5. a) En définitive, le recours doit être admis dans la mesure où il est recevable et la décision sur opposition litigieuse réformée, en ce sens que l'intimée doit prendre en charge les frais en relation avec la consultation des Drs C. _____ et I. _____ du 7 décembre 2023, les analyses ordonnées dans ce cadre et l'établissement du rapport du 8 janvier 2024. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b). Par ces motifs, la juge unique prononce : I. Le recours est admis, dans la mesure où il est recevable. II. La décision sur opposition rendue le 23 avril 2024 par la Z. _____ est réformée en ce sens que celle-ci doit prendre en charge les frais en relation avec la consultation des Drs C. _____ et I. _____ du 7 décembre 2023, les analyses ordonnées dans ce cadre et l'établissement du rapport du 8 janvier 2024. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ V. _____, ■ Z. _____, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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