

VD_GERICHTE ZD22.053215 vom 13. Juni 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-06-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.053215

FR: VD_GERICHTE ZD22.053215 du 13 juin 2024

IT: VD_GERICHTE ZD22.053215 del 13 giugno 2024

Erwägungen

E. 3

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) 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 d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart

- 14 - de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi- rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé 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 équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). Le droit à la rente prend naissance 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 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie,

lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

E. 4

a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles

- 15 - activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des

- 16 - constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1) d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). e) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 49 al. 1

RAI). De tels rapports ont 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'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des

- 17 - constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

E. 5

a) En l'espèce, il est admis que le recourant a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité à compter du 18 mai 2020 et que son activité habituelle de manutentionnaire n'était plus exigible depuis lors, situation qui ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er mai 2021. Puis, sur la base des pièces médicales recueillies et d'avis du SMR, l'intimé a retenu que le recourant a présenté, à compter du mois de novembre 2021, une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (travailler les bras tendus ou en l'air, station debout ou assise prolongée, marche prolongée, monter ou descendre les escaliers, port de charges répété de plus de 5 kg), ce qui conduisait à lui nier tout droit à une rente postérieurement au 31 janvier 2022. Le recourant conteste cette appréciation. Dans un premier temps, il a fait valoir pour l'essentiel que l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée reposait uniquement sur le rapport du Dr A. _____ du 12 novembre 2021, alors que ce médecin n'était pas spécialiste en rhumatologie ou en orthopédie et qu'il avait émis des réserves dans le cadre de son appréciation. Il critiquait également l'absence de spécialisation de la Dre P. _____ du SMR, dont l'intimé a suivi les avis. Dans un second temps, le recourant a produit un rapport d'expertise privée établi à sa demande par le Prof. F. _____. b) Les griefs relatifs à l'absence de spécialisation du Dr A. _____ ne peuvent être suivis. En effet, l'absence d'une spécialisation en orthopédie ou en rhumatologie du médecin n'est pas un élément déterminant de la valeur probante d'un rapport médical portant sur des atteintes de cet ordre. D'une part, l'exigence d'une spécialisation spécifique n'est posée par la jurisprudence que pour les médecins mandatés pour procéder à une expertise ou à un examen SMR. D'autre part, le titre de médecin praticien, dont est titulaire le Dr A. _____, est décerné aux médecins qui peuvent justifier d'une formation postgrade de

- 18 - trois ans (art. 2 al. 1 let. a et ch. 2 Annexe 1 de l'Ordonnance fédérale du 27 juin 2007 concernant les diplômes, la formation universitaire, la formation postgrade et l'exercice des professions médicales universitaires [OPMéd] ; RS 811.112.0). Il ressort des programmes de formations postgraduées élaborés par l'Institut suisse pour la formation médicale (ISFM) qu'au terme de sa formation, « le détenteur d'un titre postgrade de "médecin praticien / médecin praticienne" dispose des compétences pour exercer la médecine de famille sous sa

propre responsabilité » (cf. ch. 1 à 4 du Programme de formation postgraduée de médecin praticien, publié sur www.siwf.ch). Ses prérogatives sont ainsi proche de celles reconnues au spécialiste en médecine interne générale, qui dure deux années supplémentaires, consistant à évaluer les examens à effectuer et les traitements appropriés à chaque phase sur la base d'une anamnèse détaillée, prendre en charge eux-mêmes les examens et les cas les plus fréquents, faire appel si nécessaire à des spécialistes au moment opportun et intégrer les constatations et les recommandations des spécialistes dans leur plan diagnostic et thérapeutique, en incluant les patients et leur entourage dans le processus décisionnel (ch. 1 et 2 du Programme de formation postgraduée de spécialiste en médecine interne générale, publié sur www.siwf.ch). Il faut ainsi considérer que le Dr A. _____ dispose de toutes les compétences requises pour évaluer les atteintes somatiques du recourant, notamment leurs répercussions sur sa capacité de travail, ainsi que pour interpréter les rapports et résultats d'examens effectués par les spécialistes auxquels il a adressé son patient. Il en va de même pour l'argumentation du recourant relative aux qualifications de la Dre P. _____, qui n'a pas établi un rapport d'examen au sens de l'art. 49 al. 2 RAI – sur lequel portent les jurisprudences citées par le recourant –, mais un avis au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI. c) L'intimé s'est fondé sur des avis du SMR retraçant fidèlement le parcours médical du recourant depuis le dépôt de sa demande de prestations. Ainsi, dans son avis du 20 décembre 2021, la Dre P. _____ a tenu compte de l'ensemble des pièces médicales versées

- 19 - au dossier de l'intimé depuis 2020, en particulier le rapport établi par les médecins du Service [...] du R. _____ du 12 mars 2021, les rapports d'imagerie médicale, notamment des ultrasons de la hanche effectués le 13 juillet 2021, ainsi que les rapports établis par le Dr A. _____ les 24 juillet, 2 et 23 novembre 2020, 21 septembre et 12 novembre 2021. La Dre P. _____ a en outre retenu les limitations fonctionnelles annoncées par le Dr A. _____ dans son dernier rapport, lesquelles concernaient tant l'atteinte à l'épaule gauche que les douleurs survenues dans le courant de l'année 2021 au niveau de la hanche et du genou gauches. Elle n'a par ailleurs fait aucune allusion aux rapports du médecin-conseil de X. _____, de sorte que les reproches du recourant à l'encontre de ce dernier ne sont pas pertinents. Enfin, dans la mesure où le Dr A. _____ évoquait la poursuite d'un suivi auprès du R. _____ pour son épaule gauche, la Dre P. _____ a prié l'intimé d'obtenir les éventuelles pièces médicales établies par les médecins de cet établissement. Il a alors été noté, début 2022, qu'il n'y avait plus de prise en charge pour cette problématique depuis mai 2021. Le SMR a ainsi constaté, dans son avis du 1er mars 2022, qu'il n'y avait plus de prise en charge pour l'épaule gauche depuis mai 2021 et qu'il fallait en conclure que cette atteinte n'était pas incapacitante dans une activité adaptée tandis que les atteintes à la hanche gauche étaient résolues. Certes, dans son rapport du 12 novembre 2021, le Dr A. _____ a évoqué une possible capacité de travail dans une activité adaptée « probablement » en début d'année 2022 car l'atteinte à la hanche gauche avait connu une amélioration après une infiltration. Il a émis des réserves en raison de la persistance de plaintes algiques et précisé que des mesures de réadaptation n'étaient pas encore possibles au jour de l'établissement de son rapport. Il n'en demeure pas moins qu'au moment où le SMR a établi son avis, aucun élément du dossier ne contredisait le pronostic posé par le médecin traitant. Le recourant a contesté le projet de décision sans l'étayer de pièces médicales, bien qu'invité à le faire et malgré la constitution d'un mandataire professionnel. Il ne pouvait à cet égard se retrancher derrière le principe inquisitoire posé par l'art. 43 al. 1 LPGA, celui-ci étant justement limité par le devoir des parties de

collaborer

- 20 - à l'instruction de l'affaire et donc d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 125 V 193 consid. 2). d) Cela étant, le recourant a finalement produit un rapport établi le 5 mars 2024 par le Dr A. _____, indiquant que le pronostic posé avec réserve en novembre 2021 ne s'était pas réalisé. Il a également produit un rapport d'expertise privée établi le 15 novembre 2023 par le Prof. F. _____. Ce spécialiste a conclu à l'absence de toute capacité de travail, en raison d'une polyopathie de l'appareil locomoteur affectant les deux épaules, la colonne cervicale et dorsolombaire, la hanche gauche et le genou gauche. Cette situation s'expliquait, selon lui, par l'activité professionnelle « particulièrement lourde et exigeante » de manutention de quartiers de viande en milieu réfrigéré, ainsi que par d'anciens traumatismes. Comme l'a souligné le SMR dans son avis du 20 novembre 2023, l'expertise privée du Prof. F. _____ ne remplit pas tous les critères requis par la jurisprudence pour se voir attribuer la valeur probante d'une expertise médicale indépendante. Le SMR a pointé l'absence d'indications sur une éventuelle prise en charge médicale (traitement médicamenteux ou physiothérapie) et sur le quotidien de l'intéressé, ainsi qu'une argumentation lacunaire pour conclure à une incapacité de travail dans une activité adaptée, alors que le Prof. F. _____ retient des limitations fonctionnelles superposables à celles qui ont été retenues en 2022. Il n'en demeure pas moins que le Prof. F. _____ a posé un diagnostic sur la base d'une anamnèse complète des problématiques médicales, de nouvelles imageries médicales et d'un examen complet du recourant. Le SMR admet que ces éléments sont nouveaux mais ne procède pas à un comparatif avec les status figurant dans les rapports de 2021 sur lesquels il a fondé ses avis, étant au surplus relevé que lesdits rapports ne décrivaient pas non plus le quotidien de l'assuré. L'éventuelle absence de prise en charge médicale spécifique, que ce soit une médication ou un suivi de physiothérapie, n'est pas un élément suffisant pour établir la capacité de travail du recourant. Enfin, quand bien même certains troubles

- 21 - dégénératifs révélés par les imageries seraient « assez minimes et courants à son âge », cela ne permet pas de considérer que ces troubles n'ont aucun impact sur les capacités fonctionnelles du recourant, ce d'autant que l'avancée en âge ne peut qu'aggraver ces atteintes. e) Selon la jurisprudence, il est admissible de se fonder sur le contenu des avis médicaux du SMR, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (cf. ATF 142 V 58 consid. 5.1, cité ci-avant). En l'occurrence, si l'on peut déplorer le fait qu'il ait attendu novembre 2023 et mars 2024 pour fournir des éléments étayant son point de vue, il faut constater avec le recourant que les rapports médicaux produits en cours d'instance jettent le doute sur les conclusions du SMR fondant la décision litigieuse. Ainsi, et bien qu'il s'agisse d'un cas limite, il apparaît que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer sur les questions litigieuses en toute connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPG – pour compléter l'instruction. Il conviendra notamment de mettre en œuvre un examen orthopédique ou rhumatologique auprès du SMR ou d'experts externes. Il convient par ailleurs de relever que les mesures de reclassement ont été refusées au recourant sur le seul constat que le degré d'invalidité déterminé en novembre 2021 était insuffisant. Ce faisant, l'intimé semble avoir omis de procéder à un examen circonstancié

des possibilités de réadaptation du recourant, quand bien même celui-ci était âgé de 60 ans lorsque le projet de décision a été rendu, respectivement 61 ans au moment où la décision a été notifiée. En effet, la jurisprudence a déterminé que, lorsque le droit à la rente d'une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins est réduit ou supprimé par révision (art. 17 al. 1 LPGA), reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), ou dans le cadre

- 22 - d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, il convient de présumer qu'elle ne peut en principe pas entreprendre de son propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de sa capacité résiduelle de travail (ATF 145 V 209 consid. 5.1 ; TF 9C_303/2022 du 31 mai 2023 consid. 5.2 ; TF 9C_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.1 et 5.2). Par conséquent, dans ces situations, l'examen et l'exécution des éventuelles mesures constituent une condition de la suppression (ou réduction) de la rente, cette dernière ne pouvant prendre effet antérieurement (TF 8C_582/2017 du 22 mars 2018 consid. 6.4 et les références citées). Les organes de l'assurance- invalidité doivent se fonder sur le moment du prononcé de la décision de l'office AI pour déterminer si l'âge de référence de 55 ans est atteint (ATF 148 V 321 consid. 7.3 ; TF 9C_303/2022 du 31 mai 2023 consid. 5.2). En conséquence, l'intimé est invité à garder à l'esprit au moment de reprendre l'instruction que le recourant est désormais très proche de l'âge de la retraite et à rendre une nouvelle décision tenant compte adéquatement de ses possibilités de réadaptation. Il faut également rappeler, à toutes fins utiles, que la comparaison des revenus doit être calculée sur les chiffres les plus concrets possibles, ce qui implique notamment de recourir aux données statistiques les plus proches de la date de référence pour la naissance du droit à la rente ou pour l'éventuelle modification du droit à la rente.

E. 6

a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

- 23 - c) Aux termes de 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. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure (cf. TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1 et les arrêts cités). Les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; TF 8C_61/2016 précité consid. 6.1 in fine ; 8C_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 et les arrêts cités, in SVR UV n° 24 p. 75). En l'occurrence, le recourant a requis la prise en charge par l'intimé des frais d'établissement du rapport du Prof. F. _____ du 15 novembre 2023, par 400 francs. Ce rapport ayant contribué à faire admettre qu'une investigation médicale supplémentaire était nécessaire, il y a lieu d'en mettre les frais à charge de l'intimé. d) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Me Duc a déposé une liste des opérations le 17 juin 2024, faisant état de 55 minutes effectuées par

lui-même, 1 heure par Me Caroline Stucki, avocate-stagiaire, 23 heures et 5 minutes par un collaborateur juriste de l'étude et 5 minutes par un autre membre du personnel de l'étude. Cette liste ne peut pas être intégralement suivie. On constate en premier lieu que plusieurs opérations ne sont pas en rapport avec la présente cause, notamment des opérations antérieures à la notification de la décision litigieuse. En deuxième lieu, les tarifs appliqués ne correspondent pas aux tarifs usuels pratiqués dans le canton de Vaud, tout particulièrement les opérations déployées par le collaborateur juriste de l'étude. Troisièmement, on relève plusieurs opérations concernant des tâches de secrétariat, qui n'ont pas à être rémunérées en sus des débours. Enfin, d'une manière générale, l'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la

- 24 - complexité du litige. Ainsi, tout bien considéré, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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