

VS_GERICHTE S2 24 10 vom 20. Mai 2025

VS Kantonsgericht, 2025-05-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 24 10](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_24_10)

FR: VS_GERICHTE S2 24 10 du 20 mai 2025

IT: VS_GERICHTE S2 24 10 del 20 maggio 2025

Regeste

S2 24 10 ARRÊT DU 20 MAI 2025 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ; Alice Vanay, greffière en la cause X _____, recourant, représenté par Maître Azzedine Diab, avocat, Monthey contre CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA), intimée (art. 29 al. 2 Cst. et 42 LPGA : droit d'être entendu ; art. 36 al. 1 LAA : lien de causalité et valeur probante de l'avis du médecin d'assurance)

Erwägungen

E. 1.1

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

E. 1.2

Posté le 29 janvier 2024, le présent recours contre de la décision sur opposition du 13 décembre 2023 a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 et 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 loi cantonale sur la procédure et la juridiction administratives

- 10 - [LPJA]). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

E. 2.1

Dans un grief d'ordre formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu pour plusieurs raisons. Il fait valoir que l'intimée n'avait pas mis en œuvre les moyens de preuves sollicités, en particulier la demande d'expertise par le Prof. F _____, alors que cela aurait permis de trancher les contradictions entre les différents avis médicaux au dossier. Plus encore, l'intimée n'avait pas interpellé la Dresse D _____ sur les incohérences soulevées dans l'opposition, mais uniquement le médecin d'assurance. Enfin, un rapport de cette même professionnelle avait été mentionné par le Dr E _____ alors que le document ne se trouvait pas dans la copie du dossier qui avait été transmise au recourant.

E. 2.2

Selon la jurisprudence, le droit d'être entendu est garanti par les articles 29 alinéa 2 de la Constitution fédérale (Cst.) et 42 LPGA. Il compte notamment le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier,

celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 145 I 73 consid. 7.2.2.1 ; 132 V 368 consid. 3.1 et les références ; 126 I 16 consid. 2a/aa ; 124 V 181 consid. 1a). Le droit d'être entendu peut être exercé à tout moment par les parties, qui peuvent notamment exiger en tout temps la consultation du dossier et faire valoir leur point de vue en cours d'instruction déjà (DUPONT, in : Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, N 10 ad art. 42 LPGA). Le droit d'être entendu n'entraîne toutefois pas, pour les parties, la garantie de pouvoir être entendues de manière illimitée dans le temps, ni de pouvoir obtenir l'administration de toutes les preuves qu'elles désirent. L'assureur social est en effet fondé à apprécier de manière anticipée les preuves d'ores et déjà réunies et, sous réserve d'une décision arbitraire, d'estimer que les nouveaux éléments requis ne sont pas de nature à influencer sa décision (DUPONT, op. cit., N 11 ad art. 42 LPGA). En tant que composante du droit d'être entendu, le droit de consulter le dossier implique un devoir des autorités de tenir le dossier. Les autorités doivent dès lors mettre au dossier tout ce qui relève de l'affaire et peut être pertinent pour la décision (ATF 142 I 86 c. 2.2 ; 138 V 218 c. 8.1.2 ; 130 II 473 c. 4.1). Ne font en revanche pas partie du dossier les documents purement internes qui sont exclusivement destinés à la formation

- 11 - interne de l'opinion de l'administration et qui n'ont pas le caractère de moyens de preuves. Selon la jurisprudence, le justiciable ne peut pas exiger la consultation de documents internes, à moins que la loi le prévienne expressément (ATF 125 II 473 consid. 4a et les références). Il s'agit d'avis personnels donnés par un membre de l'autorité à un autre, de projets, de rapports, de propositions, des notes dans lesquelles l'administration consigne ses réflexions sur l'affaire en cause ou de communications entre les membres de l'autorité traitant le dossier (ATF 125 II 473 consid. 4a). Si l'autorité omet de joindre au dossier toutes les pièces pertinentes pour la procédure et d'accorder à une partie la consultation de toutes les pièces décisives, elle viole son devoir de tenir le dossier et le droit de cette partie de le consulter.

E. 2.3

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa ; 126 V 132 consid. 2b et les références). La violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière (ATF 116 V 185 consid. 1b et les références) – peut toutefois être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid.5.1). La réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa ; 126 I 72; 126 V 132 consid. 2b et les références).

E. 2.4

En l'espèce, le recourant a eu accès à l'entier du dossier de l'intimée devant la Cour de céans, y compris la pièce alléguée comme manquante (pièce CNA 57, seconde page). L'intéressé a du reste été en mesure de recourir auprès de la Cour de céans, laquelle jouit d'un

pouvoir d'examen complet. En outre, la pièce manquante, à savoir le rapport du 4 septembre 2023 de la Dresse D _____, a été transmise au recourant par pli du 9 avril 2025. Ainsi, même à supposer qu'une violation du droit d'être entendu du recourant devait être reconnue en lien avec le défaut d'accès au dossier, elle doit être considérée comme réparée et le grief rejeté. S'agissant des autres motifs invoqués par le recourant, à savoir la non mise en œuvre des moyens de preuve sollicités (expertise par le Prof. F _____ et interpellation de la Dresse D _____), la question peut rester ouverte en l'état. En effet, ceux-ci étant

- 12 - étroitement liés avec le grief d'ordre matériel, la Cour les traitera ensemble (cf. infra consid. 3.3 et 3.4).

E. 3.1

Sur le fond, le présent litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que la CNA a mis fin aux prestations d'assurance le 10 août 2023, au motif qu'il n'existait, à partir de cette date, plus de rapport de causalité pour le moins vraisemblable entre l'accident du 27 avril 2023 et les lésions qui ont persisté jusqu'au 7 septembre 2023.

E. 3.2

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 (art. 4 LPGA). Si la présente 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 (art. 6 al. 1 LAA). Les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (art. 36 al. 1 LAA). La décision entreprise expose déjà les développements jurisprudentiels relatifs au lien de causalité naturelle entre un événement accidentel et des troubles physiques subséquents, lequel doit être établi au degré probatoire de la vraisemblance prépondérante applicable dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 115 V 403 consid. 3) qui n'est pas atteint par le biais du raisonnement « post hoc ergo propter hoc » (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb, RAMA 1999 no U 341 p. 407 consid. 3b, arrêts du Tribunal fédéral 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2, 8C_406/2009 du 9 avril 2010 consid.

E. 3.2.3

et 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). Pour rappel, un tel lien de causalité naturelle existe lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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 ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. En outre, de l'article 36 alinéa 1 LAA, a été développée la jurisprudence constante en matière de statu quo ante/sine. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier

- 13 - résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 no U 206 p. 326 consid. 3b, 1992 no U 142 p. 75). 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). 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). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec celui-ci (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédérale 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_117/2020 du

E. 3.3

Selon l'article 43 alinéa 1 LPGA, 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. Aux termes de l'article 44 LPGA, si l'assureur juge une expertise nécessaire dans le cadre de mesures d'instruction médicale, il en fixe le type selon les exigences requises. Trois types sont possibles : expertise monodisciplinaire (art. 44 al. 1 let. a LPGA) ; expertise

- 14 - bidisciplinaire (art. 44 al. 1 let. b LPGA) ; expertise pluridisciplinaire (art. 44 al. 1 let. c LPGA). Si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties. Celles-ci peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'article 36 alinéa 1 LPGA et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours (art. 44 al. 2 LPGA). Lorsqu'il communique le nom des experts, l'assureur soumet aussi aux parties les questions qu'il entend poser aux experts et leur signale qu'elles ont la possibilité de remettre par écrit des questions supplémentaires dans le même délai. L'assureur décide en dernier ressort des questions qui sont posées aux experts (art. 44 al. 3 LPGA). Selon le principe de la libre appréciation des preuves ancré à l'article 61 lettre c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles ; il procède à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). Le fait, tiré de l'expérience de la vie, qu'en raison du lien de confiance (inhérent au mandat thérapeutique) qui l'unit à son patient, le médecin traitant est généralement enclin à prendre parti pour celui-ci ne libère pas le juge de son devoir d'apprécier correctement les preuves, ce qui suppose de prendre aussi en considération les rapports versés par l'assuré à la procédure (arrêt du Tribunal fédéral 8C_23/2024 du 4 juillet 2024 consid. 4.2 et les références). Dans la mesure où les médecins traitants se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante, et ne remplissent donc que très rarement

- 15 - les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 considérant 3a (ATF 135 V 465 consid. 4.5). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins internes aux assureurs sociaux tant qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, qu'ils ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur fiabilité (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5 et les références). Pour écarter ce doute, il incombera alors au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer l'affaire à l'assureur en vue de la mise en œuvre d'une expertise selon la procédure prévue par l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

E. 3.4

En l'espèce, l'intimée ne conteste pas le caractère accidentel de l'évènement du 27 avril 2023. Est en revanche litigieuse la question du lien de causalité entre cet incident et l'atteinte au pied (fascia plantaire) qui a persisté au-delà de la fin de couverture du cas et jusqu'à la reprise de l'activité lucrative du recourant, soit pour la période du 11 août 2023 au 7 septembre suivant. Le recourant reproche à l'intimée d'avoir nié l'existence d'un tel lien de causalité sur la base des rapports du Dr E _____, particulièrement celui du 27 novembre 2023, dont il estime qu'il est sérieusement mis en doute par les constatations de la Dresse D _____. L'intimée soutient, quant à elle, que rien ne permet de s'écarter des conclusions du médecin d'assurance qu'elle considère pleinement probantes et convaincantes, le Dr E _____ ayant repris avec systématique les différents éléments médicaux dans le cadre de son analyse. Il convient dès lors d'examiner la valeur probante de l'appréciation médicale du 27 novembre 2023 du Dr E _____.

- 16 - En préambule, la Cour relève de nombreuses imprécisions et contradictions quant à la description du sinistre du 27 avril 2023 – la date du sinistre étant au surplus considérée comme imprécise par l'employeur du recourant – et la partie du corps impactée. Il ressort de la déclaration de sinistre du 4 mai 2023 que l'assuré s'était blessé au talon, respectivement à la jambe, du côté droit (il est par la suite toujours question du côté gauche)

par écrasement à force de sauter dans des fouilles depuis les coffrages. Or, dans le formulaire pour le cas de sinistre rempli par le recourant le 11 mai 2023, les troubles auraient été causés par un faux pas sur un terrain accidenté. La Dresse D _____ rapporte quant à elle qu'une glissade sur un caillou serait à l'origine de l'entorse à la cheville de son patient. A la lecture des différents rapports médicaux au dossier, force est de constater qu'il est nécessaire de distinguer le traumatisme au niveau de la cheville gauche de la fasciite plantaire gauche inflammatoire apparue après l'accident. L'entorse du ligament latéral externe de la cheville gauche n'est pas contestée par le médecin d'assurance qui reconnaît que des effets se sont déployés, selon la vraisemblance prépondérante, pendant trois mois au plus à compter du sinistre. Cette durée est d'ailleurs confirmée par la Dresse D _____ qui atteste le 29 juin 2023 – soit seulement deux mois après l'accident – que les douleurs de son patient au niveau de la cheville avaient complètement disparu. S'agissant de l'arrachement de la pointe de la malléole interne, le Dr E _____ considère que c'est une ancienne lésion car il n'y a pas d'œdème osseux inflammatoire que l'on retrouve en cas de lésion fraîche. A l'examen de l'IRM de la cheville gauche du 2 mai 2023, le Dr B _____, spécialiste FMH en radiologie, n'a également relevé aucun œdème au niveau de la malléole. Quant à la Dresse D _____, elle a indiqué dans son rapport du 29 juin 2023 qu'au status clinique, la cheville accidentée était souple, non tuméfiée et sans œdème au niveau péri-malléolaire interne et externe. La palpation de la malléole interne et externe ainsi que du coin antérieur et médial n'avait pas révélé de douleur. Ce n'est qu'à la relecture de l'IRM du 2 mai 2023 que la docteure a constaté un arrachement osseux d'environ huit millimètres dans la zone d'insertion du deltoïde avec œdème osseux. En l'absence de douleur dans cette région au moment du contrôle et d'instabilité médiale, elle a cependant pensé à un arrachement en voie de consolidation avec un bon pronostic pour le ligament deltoïde qui était resté inséré au niveau de l'arrachement. La Dresse D _____ n'a aucunement indiqué que l'arrachement osseux était en lien de causalité avec le sinistre du 27 avril 2023, pas plus qu'elle n'a précisé s'il était antérieur ou postérieur à cet évènement. Enfin, pour ce qui est des douleurs au niveau plantaire, lesquelles sont apparues après l'accident, le médecin d'assurance considère qu'elles ne

- 17 - sont pas liées à l'accident dans la mesure où le fascia plantaire était décrit comme tout à fait normal sur l'examen IRM du 2 mai 2023, sans déchirure partielle ou autre lésion particulière. Là encore, la Dresse D _____ n'établit à aucun moment que la fasciite plantaire découlerait d'une quelconque façon du sinistre du 27 avril 2023. Or, il convient de rappeler que le seul fait que des symptômes douloureux se soient manifestés après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec celui-ci (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; cf. supra consid. 3.2). A noter encore que le recourant se plaint du fait que la CNA n'ait pas interpellé la Dresse D _____ quant à l'avis médical du Dr E _____. Toutefois, s'il entendait se prévaloir d'une telle détermination, il lui était loisible de la produire devant la Cour de céans dans le cadre de la présente procédure de recours compte tenu du plein pouvoir d'examen qu'elle implique. Il n'en a pourtant rien fait. Il ressort de la partie « faits pertinents selon les pièces du dossier » de son appréciation médicale du 27 novembre 2023 que le médecin d'assurance a pu procéder à son analyse en pleine connaissance du dossier médical et radiologique du recourant, ainsi que des plaintes de ce dernier. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires, fondées et exemptes d'incohérences. Il convient dès lors de lui reconnaître une pleine valeur probante. Les rapports de la Dresse D

_____, qui décrivent les différents troubles du recourant sans les relier au sinistre du 27 avril 2023, ne suffisent pas à mettre en doute l'analyse du Dr E _____. De même, le simple fait qu'il n'ait pas rencontré l'intéressé n'est pas déterminant. En effet, selon la jurisprudence, un rapport médical établi uniquement sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 ; RAMA 2001 no U 438 p. 345 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). Tel est le cas en l'espèce. Dès lors que l'appréciation médicale du 27 novembre 2023 du médecin d'assurance suffit à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les lésions persistant après le 10 août 2023 résultaient exclusivement de causes étrangères à l'accident, respectivement que le statu quo sine vel ante était rétabli dès le 11 août 2023, l'intimée pouvait légitimement s'y fier pour rendre une décision. Le dossier est en outre suffisamment complet pour qu'un jugement puisse être rendu sur la base de celui-ci, sans qu'il ne soit nécessaire d'ordonner l'administration d'un autre moyen de preuve, à l'instar de l'expertise du Prof. F _____ requise par le recourant (appréciation anticipée des - 18 - moyens de preuve ; cf. supra consid. 2.2 ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et 144 II 427 consid. 3.1.3). Dans ces circonstances, la CNA pouvait à bon droit clore le cas au 10 août 2023 et mettre fin au versement des prestations d'assurance perçues jusque-là, à savoir des indemnités journalières et frais de traitement. Le recours doit donc être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

E. 4

Il n'est pas perçu de frais, la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, n'en prévoyant pas (art. 61 let. fbis LPGA). Au vu de l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA).

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 20 mai 2025

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