

FR_GERICHTE 605 2017 112 vom 9. Januar 2018

FR Kantonsgericht, 2018-01-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_112

FR: FR_GERICHTE 605 2017 112 du 9 janvier 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 112 del 9 gennaio 2018

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile compte tenu des fêtes de Pâques et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision sur opposition attaquée, le recours est recevable.

E. 2

Les dispositions de la 1ère révision de l'assurance-accidents (changement du 25 septembre 2015) ont entraîné la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 V 315 consid. 3.1.1 et 129 V 1 consid. 1.2). Selon les dispositions transitoires y relatives, pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de cette modification et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit. Par conséquent, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre de la 1ère révision de l'assurance-accidents, entrées en vigueur le 1er janvier 2017, ne sont ici pas applicables.

E. 3

En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, 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 entraîne la mort.

E. 4

Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA), le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA) et le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 L'art. 100 al. 1 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2016, mentionne que lorsque l'assuré subit un nouvel accident pendant qu'il est en traitement pour un accident couvert par l'assurance et qu'il est incapable de travailler, mais encore assuré, l'assureur tenu de lui verser les prestations jusqu'alors doit également allouer les prestations pour le nouvel accident. L'art. 100 al. 1 OLAA, dans sa nouvelle teneur au 1er janvier 2017,

mentionne que si un assuré est victime d'un accident alors qu'il a droit à des indemnités journalières pour un accident assuré précédent, l'assureur tenu de lui verser les prestations jusqu'alors prend également en charge les soins médicaux et le remboursement des frais selon les art. 10 à 13 LAA, ainsi que les indemnités journalières pour le nouvel accident. Les assureurs intéressés peuvent déroger par convention à cette règle, notamment si le nouvel accident a des conséquences considérablement plus graves que le précédent. L'allocation de prestations par l'assureur de l'accident précédent n'est plus la cause de l'atteinte à la santé qui subsiste. L'art. 100 al. 5 OLAA, dans sa teneur au 1er janvier 2017, prévoit que si les suites d'une pluralité d'accidents donnent droit à une nouvelle prétention à une rente, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité ou à une allocation pour impotent, les prestations sont allouées par l'assureur tenu de verser les prestations pour le dernier accident. Les assureurs intéressés peuvent déroger par convention à cette règle, notamment si le nouvel accident a des conséquences considérablement moins graves que les précédents ou si le gain assuré auprès de l'assureur tenu de verser les prestations pour le dernier accident est considérablement plus bas que le gain assuré auprès d'un autre assureur. Les autres assureurs intéressés remboursent ces prestations, sans les allocations de renchérissement, à l'assureur tenu de verser les prestations selon le dommage leur incombant; ils se libèrent ainsi de leur obligation d'allouer des prestations.

E. 5

a) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que le droit à une rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation d'un traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputé invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). b) L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p.469). Le revenu hypothétique de la

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222

consid. 4.3.1 et la référence). c) Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain (art. 7 al. 2 LPGA). Il convient à cet égard de rappeler l'existence, en droit des assurances sociales, de l'obligation de limiter le préjudice subi. Ce principe fondamental implique pour l'assuré qu'il est tenu de mettre en œuvre tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son accident, fût-ce au prix d'un effort important (ATF 115 V 53, 117 V 400; RAMA 1996, p. 37, consid. 3d). En particulier, lors d'une 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 (art. 6 2e ph. LPGA).

E. 6

a) 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 en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou 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 et 114 V 310 consid. 3c). b) D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (arrêt TF 8C_799/2014 du 2 novembre 2015 consid. 4.3 et les références citées). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, de prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). c) Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible

lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Quand une expertise ne répond pas suffisamment aux questions auxquelles il faut répondre, selon la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a laissé ouverte la possibilité d'un renvoi à l'administration afin que soient posées des questions complémentaires à l'expert (arrêt TF 9C_942/2014 précité consid. 10.1.3).

E. 7

Est litigieuse, tout d'abord, la capacité de travail. Il s'agit de se référer au dossier médical. a) Séquelles de l'accident récent (cheville droite) Dans son rapport d'expertise du 19 juillet 2016, le Dr C. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pose les diagnostics de: enraidissement douloureux post-traumatique du tarse droit, status après entorse du Chopart avec fracture du processus antérieur du calcaneum droit le 28 mai 2015 et maladie de Sudeck transitoire en décours, troubles dégénératifs préexistants asymptomatiques des deux pieds (hallux rigidus, séquelles de Freiberg, éperon calcanéen), troubles dégénératifs de la charnière lombo-sacrée, arthrose acromio-claviculaire droite, rhizarthrose bilatérale, arthrose post-traumatique du poignet droit après cure de pseudoarthrose du scaphoïde en 2001. A la question de savoir, pour chaque diagnostic, "avec quelle vraisemblance les troubles actuels sont-ils à mettre sur le compte de l'accident et pour quelles raisons ?", il indique qu'il s'agit d'un enraidissement douloureux post-traumatique du tarse droit et d'un status après entorse du Chopart, avec fracture du processus antérieur du calcaneum droit le 28 mai 2015 et maladie du Sudeck transitoire en décours. L'enraidissement douloureux post-traumatique du tarse droit est clairement lié à l'accident, selon un degré de vraisemblance prépondérant voisin de la certitude. Tous les autres diagnostics n'ont aucun lien de causalité naturelle avec l'accident mais n'interviennent pas non plus de façon significative dans l'évolution du cas, ni dans les douleurs résiduelles du pied droit. S'agissant de la capacité résiduelle de travail, il mentionne qu'actuellement la patiente est incapable de travailler même partiellement comme chauffeure-livreuse et que, concernant l'avenir, le pronostic post-traumatique du médiotarse reste sombre avec un enraidissement douloureux focal, surtout de la partie antérieure de la sous-astragaliennne, incompatible avec une activité professionnelle de manutentionnaire. Il considère que l'état médical est stabilisé, la maladie du Sudeck étant guérie et les séquelles ostéo-articulaires tarsiennes post-traumatiques étant définitives. Plus loin dans l'expertise, il indique que la reprise du travail comme chauffeure-livreuse ou manutentionnaire est définitivement compromise, même à temps partiel.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 En ce qui concerne une activité adaptée, la patiente serait théoriquement apte à reprendre une activité professionnelle dans une activité adaptée, sans port de charges lourdes ni déplacement ou station debout prolongée. Une activité adaptée pourrait par exemple être retrouvée comme ouvrière dans une usine de conditionnement d'aliments, telle qu'elle avait entre 1995 et 2006. Une pleine capacité de travail serait alors très vraisemblablement exigible. Toute autre activité en position semi-assise, telle que caissière dans un grand magasin, pourrait être exigible avec un plein rendement et à temps complet. Dans son rapport médical du 29 mai 2017, la Dresse D. _____, spécialiste FMH en médecine interne FMH, pose le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe de la cheville/pied droit et CRPS du nerf péronier superficiel droit avec allodynie mécanique. La douleur est évaluée à 6/10 avec des piques pouvant aller

à 9/10. Dans son rapport médical du 29 juin 2017, ce médecin indique qu'une activité professionnelle n'est pas envisageable. Le syndrome douloureux régional complexe de la cheville/pied droit étant très limitant dans les déplacements de la patiente ainsi que les problèmes de tendinite au niveau des membres supérieurs (surtout à gauche) qui sont également très limitant pour les mouvements des mains et la préhension des objets. Cette dernière spécialiste se prononce donc également sur la portée incapacitante des séquelles occasionnées par le premier accident. b) Séquelles du premier accident (poignet droit) Dans son rapport médical du 23 septembre 2016, le Dr B. _____, pose le diagnostic de pseudarthrose du scaphoïde carpien D avec effet sur la capacité de travail. Le pronostic est lentement défavorable pour l'articulation du poignet D où l'on assistera probablement au développement d'une arthrose. Il y a un risque de tendinite lors de l'utilisation prolongée des deux mains. Il y a une diminution importante de la force de préhension, uniquement 5 kg à D contre

E. 11

kg à G. La force de pince pouce-index est également fortement diminuée, 2 kg à D, 3 kg à G. Il s'agit donc d'une diminution de force aux deux mains ainsi que d'une limitation de l'aptitude à effectuer les tâches fortement répétitives. Une activité adaptée pourrait être exercée à plein temps. Par contre, le déchargement et la préparation d'aliments sont difficiles, voire impossibles. c) Synthèse (expertise E. _____) Dans son expertise rhumatologique du 26 juin 2017, le Dr E. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, pose les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail: douleurs et ankylose du poignet D (arthrose péri-scaphoïdienne D, status post-fracture du scaphoïde D en 1997, status post-greffe et pseudoarthrose en 2001, status post-AMO en 2002) et syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (minime discopathie L5-S1). S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne: syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent de type fibromyalgique (diminution du seuil de tolérance à la douleur), douleurs du poignet G sans substrat organique (status post-cure du tunnel carpien en 2013), status post-synovectomie du compartiment externe du poignet G en 2012, douleurs de la cheville D post-entorse en mai 2015, status post-entorse de la cheville G en 2016, status post- appendicectomie, BPCO sur tabagisme, cervicobrachialgies et lombalgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et sans signe de discopathie significative, omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 D'un point de vue rhumatologique, le bilan radiologique est rassurant. On note certes de minimes troubles dégénératifs au niveau péri-scaphoïdien D cependant modérés, les interlignes articulaires sont conservés, il n'y a pas de calcification, il n'y a pas de signe de synovite ou de ténosynovite ou d'atteinte inflammatoire. Il n'y a pas de trouble sensitivomoteur significatif. L'expert note une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée et l'impotence fonctionnelle qu'elle décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle et les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour. Ce sont surtout les douleurs, facteur subjectif et propre à chaque individu, tant au niveau cervical, lombaire, des chevilles et des poignets, imputables à une diminution du seuil de déclenchement à la douleur qui s'est cristallisée et qui entraîne une impotence fonctionnelle. Les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliquent que son exigibilité, du point de vue purement rhumatologique concernant son activité antérieure de chauffeur-livreur, vu la nécessité de porter des caisses avec charges

supérieures à 10-20kg, sa capacité de travail est estimée à 80%. Du point de vue rhumatologique dans une activité adaptée avec diminution des mouvements en porte-à-faux et pas de port de charge de plus de 10 kg, sa capacité de travail pourrait être totale. d) Il ressort du dossier médical et en particulier du rapport médical du Dr E. _____ que, suite au dernier accident du 28 mai 2015, celle-ci bénéficie d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans mouvement en porte-à-faux, sans charge de plus de 10 kg et n'impliquant pas de déplacements. L'expertise médicale du Dr E. _____ est complète et correspond pleinement aux critères jurisprudentiels en matière de valeur probante des rapports médicaux en ce sens qu'elle est basée sur une lecture attentive du dossier médical, qu'elle se fonde sur des examens complets, qu'elle a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et de l'appréciation médicale sont claires et que ses conclusions médicales sont dûment motivées. Elle est corroborée par le rapport médical du Dr C. _____, lequel a retenu que l'assurée était en mesure d'exercer, à plein temps et sans perte de rendement, toute activité semi-assise n'impliquant pas de déplacements, surtout en terrain inégal. La recourante, quant à elle, estime que si l'on rapproche les conséquences des deux accidents du

E. 13

juillet 1997 et du 28 mai 2015, l'on voit mal quelle activité pourrait être exigible de sa part. e) L'on précisera ici que seules doivent être prises en compte, dans le cadre de la présente procédure, les séquelles provenant de l'accident du 28 mai 2015, à l'exclusion des troubles maladifs et des séquelles consécutives à un premier accident assuré par la SUVA, et plus précisément localisées au niveau du poignet droit. En effet, contrairement à ce que pense la recourante, l'art. 100 al. 2 OLAA, dans sa version antérieure au 1er janvier 2017, ne trouve pas application dans le cas d'espèce. Cet article implique que, lorsque survient un nouvel événement accidentel, la personne assurée ait encore ou de nouveau droit à la prise en charge du traitement médical au sens de l'art. 10 LAA pour les suites d'un précédent accident. Or, dans un courriel du 21 juin 2017, la SUVA a indiqué ne pas avoir pris en charge de traitement médical depuis 2008 et qu'aucune annonce de rechute ne lui avait été adressée depuis lors pour les suites de l'accident du 13 juillet 1997 (dossier Generali, document 91).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 S'agissant des troubles au poignet gauche (opéré en 2012 et 2013), ils ont une origine malade et non accidentelle et l'art. 100 al. 2 OLAA ne s'applique pas. Dès lors, il ne saurait être tenu compte du rapport médical divergent de la Dresse D. _____ laquelle se fonde sur tous les problèmes de santé de l'assurée pour établir la capacité de travail de cette dernière. Il en va de même du rapport médical du Dr B. _____ qui concerne la problématique des membres supérieurs de la recourante, non concernés par l'accident du 28 mai 2015. Ainsi, la capacité de travail a-t-elle été correctement évaluée par Generali et la mise en œuvre d'une nouvelle expertise telle que demandée par la recourante ne s'avère pas nécessaire. 8. Pour procéder à la comparaison des revenus selon l'art. 16 LPGA, il convient désormais de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. L'année déterminante pour la comparaison des revenus est 2016 dans le cas particulier. a) S'agissant du revenu de valide, il n'est pas contesté. Selon les renseignements communiqués par le dernier employeur, le revenu que l'assurée aurait pu percevoir pour l'année 2016, si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, n'aurait pas évolué par rapport aux années précédentes. Au moment de l'accident, elle percevait un revenu annuel brut de CHF 54'600.- (y compris 13ème salaire). Ainsi, le gain qu'elle aurait pu

percevoir, sans la survenance de l'accident, s'élèverait pour l'année 2016 à CHF 54'600.- b) S'agissant du revenu d'invalidé, l'on peut se référer aux données statistiques. Pour calculer le revenu d'invalidé, l'autorité intimée s'est basée sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Plus précisément sur la table ESS 2012 (T A1 skill level) total secteur privé femmes qui fixe le salaire d'invalidé à CHF 4'112.- par mois pour un horaire de 40 heures. Adapté à un horaire hebdomadaire de 41,7 heures, l'on parvient à CHF 4'286,75. Multiplié par 12 mois, l'on obtient CHF 51'441,10. Adapté au renchérissement 2013 (0,7%), soit CHF 360.-, au renchérissement 2014 (0,8%), soit CHF 414,40, au renchérissement 2015 (0,4%), soit CHF 208,85, et au renchérissement 2016 (0,7%), soit CHF 367.- le revenu d'invalidé s'élève à CHF 52'791,35. Concernant l'abattement sur le salaire statistique, la SUVA a admis un abattement global de 5%. Dans son recours, la recourante considère que cet abattement doit être augmenté, puisque la Generali n'a pas pris en compte toutes les limitations fonctionnelles résultant des deux accidents. Pour procéder à l'abattement sur le salaire statistique, l'on ne tiendra compte toutefois, dans le sens de ce qui précède, que des atteintes provenant de l'accident du 28 mai 2015, à l'exclusion des troubles maladifs et des séquelles consécutives au premier accident couvert à l'époque par la SUVA. S'agissant des seules limitations consécutives à l'accident assuré, elles sont compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée, à plein temps et rendement, sans restrictions particulières à part de devoir éviter la position debout prolongée et les longs déplacements. Au vu de ces restrictions, il ne se justifie pas de remettre en question le taux d'abattement de 5% retenu par Generali que la Cour considère comme équitable, d'autant moins qu'il sied de respecter le pouvoir d'appréciation de l'autorité intimée.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 Le revenu d'invalidé après l'abattement de 5% s'établit donc à CHF 50'151,80. Si l'on compare le revenu de valide (CHF 54'600.-) au revenu d'invalidé (CHF 50'151,80), il en résulte un taux d'invalidité de 8,14%, arrondi à 8%. Ainsi, ce taux est insuffisant pour l'obtention d'une rente. 9. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée, sans frais de justice, en application du principe de la gratuité prévalant en la matière. Vu le sort du recours, il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué d'indemnité de partie. III. Notification. 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 9 janvier 2018/mfa Président Greffière-rapporteure

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