

FR_GERICHTE 605 2016 13 vom 2. Mai 2017

FR Kantonsgericht, 2017-05-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_13

FR: FR_GERICHTE 605 2016 13 du 2 mai 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2016 13 del 2 maggio 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée, le recours est recevable.

E. 2

En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, 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. Selon l'art. 4 de la loi fédérale 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. 3

a) Aux termes de l'art. 18 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. En vertu de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état 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. Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 2 LPGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 b) En application de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 126 V 75 consid. 1b/VSI 2000 p. 314 et les

références citées).

E. 4

a) Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent en outre le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA). Conformément à l'art. 10 al. 1 et à l'art. 54 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident dans les limites de ce qui est exigé par le but du traitement (ATF 109 V 43 consid. 2a). L'assuré dispose de ce droit au traitement médical aussi longtemps que la poursuite de celui-ci laisse espérer une amélioration notable de l'état de santé (arrêt TF U 262/98 du 9 mai 2000 consid. 2a; ATF 116 V 44 consid. 2c). b) L'art. 21 al. 1 LAA prévoit que lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants: a. lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle; b. lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci; c. lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain; d. lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration. L'art. 21 al. 3 1ère phrase LAA précise encore qu'en cas de rechute et de séquelles tardives, le bénéficiaire de la rente peut prétendre non seulement à la rente, mais également aux prestations pour soins et au remboursement de frais (art. 10 à 13).

E. 5

a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il n'est en revanche pas nécessaire 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 l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (arrêt TF 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3 et les références citées; ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 4.3). 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ibidem). b) 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 129 V 177 consid. 3.2 et 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références citées). Lorsque des symptômes consécutifs à un

accident ne sont pas objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (arrêt TF 8C_445/2013 du 27.03.2014 consid. 4.3.1; ATF 134 V 109 consid. 10; 117 V 359 consid. 6 et 369 consid. 4; 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5). Selon la jurisprudence, en présence de troubles psychiques consécutifs à un accident qui a également provoqué un trouble somatique, la causalité adéquate entre les troubles persistants et l'accident assuré peut être examinée dès le moment où il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé somatique de l'assuré (arrêt TF 8C_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.2; cf. ATF 134 V 109 consid. 6.1). En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants, ou de peu de gravité; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 403 consid. 5c/aa): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (arrêt TF 8C_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.3; ATF 115 V 133 consid. 6 c/bb; 403 consid. 5 c/bb). L'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (arrêt TF U 297/01 du 8 août 2002 consid. 3.3; ATF 119 V 335 consid. 4c).

E. 6

En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur

l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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. S'agissant du médecin traitant, il faut tenir compte du fait d'expérience qu'il est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). On rappellera que le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du devoir d'administrer les preuves nécessaires (art. 61 let. c LPGA) ou plus généralement une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général: ATF 131 I 153 consid. 3; 130 II 425 consid. 2).

E. 7

En l'espèce, d'une part, il convient de déterminer si la SUVA doit prester pour les soins et rembourser les frais du recourant au-delà du 4 novembre 2015. Dans la mesure où une rente d'invalidité au sens de l'art. 19 LAA a été accordée au recourant par une décision entrée en force de chose jugée, le droit à des prestations pour soins et remboursement de frais doit être examiné à l'aune de l'art. 21 al. 1 LAA et non plus de l'art. 10 al. 1 LAA. D'autre part, le recourant ayant soutenu que son état de santé s'était aggravé depuis l'accident, la question de savoir si le droit à la rente d'invalidité du recourant doit être révisé doit être examinée. Il s'agit dès lors de déterminer si son état de santé a subi une modification notable susceptible d'influencer son degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA. Pour répondre à cette question, il convient de comparer la situation médicale au moment du dernier examen matériel du droit,

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 effectué lors de la décision sur opposition du 18 novembre 2011, avec celle existant au moment de la décision querellée. a) Dans sa décision sur opposition du 18 novembre 2011, la SUVA a fait siennes les conclusions de son médecin d'arrondissement le Dr F. _____, médecin spécialiste FMH en médecine interne générale, qui a retenu comme séquelles de la contusion du 9 septembre 2009 des douleurs au niveau du coude, sous forme de décharges électriques, une légère hypomyotrophie du deltoïde et une diminution mineure de la force de la main. Ce médecin a également relevé que l'importance des plaintes invoquées était en discordance avec les éléments cliniques objectivables. Il a finalement conclu à une pleine capacité de travail de l'intéressé dans un travail de type industriel (avec une limitation de soulèvement de poids

de plus de 15 kg et de travail avec des instruments générant des vibrations importantes). Un taux d'invalidité de 16% a dès lors été reconnu à l'assuré. Dans son arrêt 605 2011 426 et 605 2012 304 du 27 juin 2014, la Cour de céans a considéré, avec les experts mandatés par l'assurance-invalidité les Drs G. _____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie, H. _____, médecin spécialiste FMH en neurologie, et I. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, que l'assuré ne souffrait pas d'une lésion organique objectivable mais présentait des facteurs non organiques non négligeables. Il a ainsi été retenu que, d'une part, en raison de l'impossibilité même d'identifier un nerf à l'origine de la douleur, respectivement une lésion sur un nerf, malgré nombre d'investigations et, d'autre part, en raison des facteurs non organiques mis en évidence par le corps médical, il n'y avait manifestement pas lieu d'attendre un résultat significatif du traitement par stimulation médullaire. Le tribunal a par ailleurs retenu l'appréciation de la capacité de travail du Dr F. _____, confirmée par le Dr J. _____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. b) Depuis lors, respectivement depuis la décision sur opposition du 29 juin 2012 sur laquelle a porté le recours 605 2012 304, les pièces médicales suivantes ont été déposées au dossier: - Le rapport médical du 5 octobre 2012 du Dr K. _____, médecin spécialiste FMH en neurologie, qui a conclu à l'existence d'un trouble somatoforme douloureux et précisé qu'il était difficile de trancher entre une simulation, un syndrome de conversion et une autre affection psychiatrique (dossier SUVA pce 210). - Le rapport du 14 janvier 2013 du Dr L. _____, médecin spécialiste FMH en neurologie, de M. _____, qui a exclu toute pathologie au plan neurologique (dossier SUVA pce 233). - Le rapport médical intermédiaire de date illisible du Dr N. _____, médecin spécialiste FMH en neurologie, qui a noté une neurographie normale, sans signe de dénervation (dossier SUVA pce 281). - Le rapport du 28 janvier 2014 du Dr O. _____, médecin spécialiste FMH en neurologie, qui a exclu toute pathologie au plan neurologique (dossier SUVA pce 287). - Le rapport médical du 17 avril 2014 de la Dresse P. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de la E. _____, qui, en 2010, n'avait mis en évidence aucune psychopathologie, mais qui, en 2014, a expressément réservé un diagnostic psychiatrique. Elle a estimé que plusieurs éléments parlaient en faveur d'un trouble fonctionnel (trouble dissociatif

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 mixte; F44.7). Comme diagnostic différentiel, elle notait une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), en raison des aspects revendicateurs et de l'attitude globalement défensive du patient, déjà bien installé dans un statut d'invalidé. Elle a exposé que le caractère involontaire et inconscient des autolimitations ne pouvait être affirmé (dossier SUVA pce 295). - Le rapport médical du 29 avril 2014 du Dr Q. _____, médecin spécialiste FMH en neurologie, de la E. _____, qui a exclu toute souffrance radiculaire ou tronculaire et conclu à une dystonie psychogène du membre supérieur gauche (dossier SUVA pce 295). - Le rapport de sortie du 6 mai 2014 du Dr R. _____, de la E. _____, qui a fait état d'une hospitalisation à la E. _____ du 15 avril au 6 mai 2014 pour des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes et exclusion fonctionnelle du membre supérieur gauche (dossier SUVA pce 293). - Le rapport à la SUVA du 8 mai 2014 du Dr S. _____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie, de la E. _____, qui a, en définitive, retenu le diagnostic de dystonie psychogène (autre appellation: trouble fonctionnel ou trouble dissociatif mixte) du membre supérieur gauche. Il a précisé qu'il s'agissait d'un trouble inconscient et que ce diagnostic rejoignait celui du psychiatre sous une appellation neurologique. Il a finalement affirmé qu'il fallait proscrire toute prise en charge agressive

chez ce patient, qui serait au-delà de toutes ressources thérapeutiques (dossier SUVA pce 295). - Le rapport médical du 17 mars 2015 du Dr T. _____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui a confirmé le diagnostic de dystonie psychogène du membre supérieur gauche (dossier SUVA pce 346). - Les rapports médicaux des 10 juin et 20 août 2015 du Dr U. _____, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, de V. _____, qui a constaté que tous les traitements entrepris s'étaient soldés par des échecs et a proposé l'implant d'un neurostimulateur. Il a requis l'avis du Dr W. _____ (dossier SUVA pces 352 et 376). - Le rapport médical du 19 juin 2015 du Dr X. _____, médecin spécialiste FMH en neurologie, de Y. _____, qui a considéré qu'une compression ou une affection du nerf ne pouvait être considérée comme établie (dossier SUVA pce 359). - Le rapport médical du 23 juillet 2015 du Dr T. _____, qui a confirmé le diagnostic de dystonie psychogène du membre supérieur gauche et précisé qu'aucun traitement chirurgical n'était à prévoir (dossier SUVA pce 358). - Le rapport médical du 1er octobre 2015 du Dr W. _____, médecin spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, de V. _____, qui a retenu des troubles de conversion (remplissant les critères diagnostiques DSM-V) avec apparition, en relation avec un traumatisme mineur, d'une contusion du coude gauche le 9 septembre 2009. Il a estimé qu'il n'y avait pas de simulation ou d'aggravation volontaire, mais qu'il s'agissait d'une pathologie de la conscience à laquelle le patient n'a pas d'accès volontaire (dossier SUVA pce 367). - D'autres certificats médicaux (dossier SUVA pces 214, 220 à 222, 229, 232, 234, 237, 240, 244 s., 247 s., 250, 252, 254, 265, 267, 273 s., 277, 279 s., 295 s., 299 à 301, 305, 307, 310, 317, 323, 325, 329, 332 à 334, 337, 339, 343, 348, 349 s., 354 s., 361 s., 365, 368, 375 et 379 s.).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 c) aa) Il ressort de l'examen de la documentation médicale précitée que les médecins sollicités sont progressivement parvenus à la conclusion que le recourant souffrait d'une affection psychiatrique, à savoir d'une dystonie psychogène, autrement appelée trouble fonctionnel ou trouble dissociatif mixte. Ce diagnostic a été posé par les spécialistes – en psychiatrie et psychothérapie, neurologie et rhumatologie – de la E. _____ et a par la suite été confirmé par les Drs T. _____ et W. _____. Il n'a par ailleurs été infirmé par aucun des médecins sollicités. Or, en ce qui concerne les affections psychiques présentées par le recourant, un lien de causalité adéquate avec l'accident du 9 septembre 2009 doit d'emblée être nié en application de la jurisprudence topique (cf. supra 5b). En effet, ledit accident peut être manifestement qualifié de peu grave. Il a d'ailleurs été explicitement mentionné comme un cas bagatelle par le Dr W. _____ dans son rapport médical du 1er octobre 2015. Un choc même violent du coude contre un montant métallique ayant entraîné une simple contusion n'est, selon l'expérience, pas de nature à susciter l'effroi et entraîner des chocs psychiques extraordinaires, loin s'en faut (cf. arrêt TF 8C_354/2011 du 3 février 2012 consid. 4.2). Une erreur médicale dans le traitement appliqué ne ressort de plus pas du dossier. Les prestations pour soins et les frais en lien avec l'affection psychiatrique dont souffre le recourant ne doivent donc pas être pris en charge respectivement pas être remboursés par la SUVA. De même, ladite affection ne saurait fonder une révision de son droit à la rente d'invalidité. bb) Sur le plan somatique, force est de constater que tous les spécialistes sollicités ont nié l'existence d'une atteinte neurologique ainsi que d'une souffrance radiculaire ou tronculaire. Aucune séquelle physique objective de l'accident du 9 septembre 2009 n'a ainsi pu être retenue. L'assuré ne souffre donc d'aucune maladie professionnelle ni d'une rechute ou de séquelles tardives. En outre, aucune mesure médicale n'est nécessaire pour qu'il

puisse conserver sa capacité de gain résiduelle ou améliorer son état de santé; tout au contraire, le Dr S. _____ dans son rapport du 8 mai 2014 et le Dr T. _____ dans son rapport du 23 juillet 2015 ont explicitement précisé qu'aucun nouveau traitement ne devait être entrepris, laissant entendre qu'une telle mesure serait contre-indiquée. Les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA, ouvrant le droit à des prestations pour soins et au remboursement de frais après la fixation de la rente, ne sont donc pas non plus réunies. De même, il n'existe aucune aggravation de l'état de santé somatique du recourant justifiant une révision de son droit à la rente, d'autant moins que les facteurs extra-organiques mis à l'époque en évidence par la Cour de céans dans son précédent arrêt semblent avoir même pris encore un peu plus d'importance, le Dr K. _____ signalant à cet égard la présence désormais d'un trouble somatoforme douloureux se situant possiblement aux confins de la simulation.

E. 8

a) Vu ce qui précède, le recours du 20 janvier 2016, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 21 décembre 2015 confirmée. b) En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 c) Il n'est pas alloué de dépens à la SUVA, chargée de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6; 9C_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8 et la référence citée). la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV.

Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 2 mai 2017 /yho Président Greffier

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