

FR_GERICHTE 605 2018 125 vom 11. Juni 2019

FR Kantonsgericht, 2019-06-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_125

FR: FR_GERICHTE 605 2018 125 du 11 juin 2019

IT: FR_GERICHTE 605 2018 125 del 11 giugno 2019

Regeste

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

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 un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

E. 2

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.

E. 2.1

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie 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. Savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. 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, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1). En particulier, le principe « après l'accident, donc à cause de l'accident » (« post hoc, ergo propter hoc ») ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents (ATF 119 V 341, consid. 2b/bb). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (arrêt TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et les références).

E. 2.2

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; 125 V 456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références).

E. 3.1

Une fois que le traitement médical d'un événement assuré a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA.

E. 3.2

Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 123 V 137 consid. 3a; 118 V 293 consid. 2c et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (arrêt TF 8C_171/2016 du 29 avril 2016 consid. 2.2 et les références).

E. 4.1

De manière générale, en droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 et les références citées).

E. 4.2

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse 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. Le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une présomption à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité de son appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a

lieu toutefois de poser des exigences sévères en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, 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, à prendre parti pour lui Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; RCC 1988, p. 504 consid. 2).

E. 5

En l'espèce, est litigieuse la prise en charge de l'intervention chirurgicale du 11 octobre 2017 et le versement des indemnités journalières durant l'incapacité de travail en découlant. Dans ce contexte, se pose la question de savoir s'il existe une relation de causalité entre l'accident du 31 mai 2017 et les troubles ayant nécessité cette intervention. Il convient de revenir sur le dossier médical de l'assuré.

E. 5.1

Accident du 31 mai 2017 Le 6 juin 2017, la commune E. _____ a déclaré l'accident subi le 31 mai 2017 par son employé (« a glissé avec le tondeur-broyeur dans le talus »), et lors duquel il a subi une « contusion » à la jambe gauche (dossier SUVA, pièce 1). L'assuré s'est rendu le jour même à l'hôpital F. _____, où le diagnostic de « contusion genou G, entorse cheville gauche » a été retenu. Une « suspicion de fracture crête tibiale » a également été évoquée (dossier SUVA, pièce 26). Le rapport de radiologie du 1er juin 2017 indique les renseignements cliniques suivants : « chute avec réception d'une plaque de métal avec plaie de 2 cm d'allure superficielle ». Il mentionne des structures osseuses et des rapports ostéo-articulaires sans problème, mais signale une « déconfiguration des tissus mous et discret emphysème en regard de la TTA » (dossier SUVA, pièce 21). Un ultrason du ligament patellaire réalisé le 6 juin 2016 a ensuite confirmé l'absence d'anomalie de ce ligament (dossier SUVA, pièce 20). Le 9 juin 2017, l'autorité intimée a confirmé la prise en charge du cas (dossier SUVA, pièces 3, 4 et 5). Le suivi a continué auprès des médecins de l'Hôpital F. _____, qui ont attesté d'une incapacité de travail jusqu'au 23 juin 2017 (dossier SUVA, pièces 2 et 7). L'assuré a repris le travail dès le 25 juin 2017, moyennant adaptation de son poste de travail.

E. 5.2

Examens complémentaires du 18 juillet 2017 et intervention du 11 octobre 2017 Face à la persistance des douleurs, une IRM a été réalisée le 18 juillet 2017. Cet examen a révélé un « foyer d'ostéochondrite sans lésion chondrale du versant latéral de la rotule du genou gauche », un « Status compatible avec une contusion du ménisque interne, qui présente des signes de déchirure sous forme de petits kystes postérieurs mais pas de solution de continuité communiquant avec la surface articulaire » (« sans franche solution de continuité en faveur d'une déchirure »), ainsi qu'un « petit kyste en relation avec le ligament croisé postérieur ». Le rapport d'IRM mentionne au surplus l'absence d'anomalie de l'ensemble des structures du genou, des ligaments collatéraux et des ligaments croisés « intacts » et l'absence de lésion méniscale externe (dossier SUVA, pièce 22). Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 Le diagnostic de « lésion de la corne postérieure du ménisque interne » du genou gauche a dès

lors été retenu (cf. « indication » mentionnée dans le protocole opératoire du 12 octobre 2017, dossier SUVA, pièce 23). Le 11 octobre 2017, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a pratiqué une « méniscectomie partielle et régularisation méniscale sous arthroscopie du genou G ». Le protocole opératoire de l'intervention mentionne l'absence de lésion au niveau du compartiment fémoro-patellaire. Au niveau du compartiment interne, aucune lésion cartilagineuse n'a été constatée, ni de lésion dégénérative. En revanche, le rapport mentionne une « lésion horizontale de la corne postérieure qui est dans la zone blanche ». Enfin, aucune lésion du cartilage ou du ménisque n'a été observée au niveau du compartiment externe (dossier SUVA, pièce 23). S'en est suivie une incapacité de travail totale jusqu'au 20 novembre 2017 (dossier SUVA, pièce 25).

E. 5.3

Annnonce de rechute Le 19 octobre 2017, l'employeur de l'assuré a déclaré le cas à la SUVA en tant que rechute de l'accident du 31 mai 2017, en indiquant une incapacité de travail dès le 11 octobre 2017 (dossier SUVA, pièce 13). Dans un rapport du 14 novembre 2017, le Dr B. _____ a qualifié l'évolution post-opératoire de « favorable » et a confirmé la reprise du travail à plein temps dès le 20 novembre 2017 (dossier SUVA, pièce 27). La SUVA a soumis le cas à son médecin d'arrondissement, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son appréciation médicale du 28 novembre 2017, celui-ci a considéré que l'assuré, lors de l'évènement du 31 mai 2017, avait uniquement subi une contusion du tibia proximal avec plaie ouverte et une entorse de la cheville. Il a notamment constaté que le protocole opératoire de l'intervention du 11 octobre 2017 avait mentionné un compartiment fémoropatellaire intact, l'absence de lésion du cartilage dans le compartiment interne, mais une lésion horizontale, en « zone blanche », au niveau de la corne postérieure du ménisque interne, qui a été réséquée. Il affirme qu'une telle lésion, par définition, est dégénérative. De plus, l'état structurel de l'articulation, tel que décrit dans ce rapport, ne saurait être causé par une contusion au niveau du tibia proximal. Sur la base de ces éléments, il a nié l'existence d'un lien de causalité entre les atteintes ayant motivé l'opération du 11 octobre 2017 et l'accident assuré (dossier SUVA, pièce 29). C'est dans ce contexte que l'autorité intimée a informé l'assuré de son refus de prise en charge (dossier SUVA, pièce 30). Le 15 janvier 2018, le Dr C. _____ a confirmé sa position, en affirmant que les kystes découverts lors de l'IRM du 18 juillet 2017 ainsi que la lésion horizontale constatée lors de l'arthroscopie du 11 octobre 2017 sont des lésions de nature dégénérative, qui n'ont pas pu être causées ou modifiées structurellement par l'évènement du 31 mai 2017 (dossier SUVA, pièce 37). La SUVA a dès lors confirmé son refus de prise en charge par décision formelle le 15 janvier 2018 (dossier SUVA, pièce 38).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10

E. 5.4

Opposition de l'assuré Dans son opposition à l'encontre de ce refus, l'assuré a fait valoir que le Dr B. _____ avait reconnu le lien de causalité entre les atteintes du genou gauche et l'accident assuré, et qu'il avait confirmé l'absence de maladie préexistante. Il a également fait valoir que l'opération du 11 octobre 2017 avait permis de régler définitivement ses problèmes de santé. Il a également critiqué le fait que les conclusions du médecin d'arrondissement ne reposaient sur aucun examen personnel et n'étaient dès lors pas suffisamment probantes. A l'appui de sa position, il a produit un rapport du 12 février 2018 du Dr B. _____, mentionnant les diagnostics de « contusion du ménisque interne

avec déchirure » et « foyer d'ostéochondrite sur la rotule », et répondant par l'affirmative à la question de savoir si ces diagnostics découlaient de l'accident du 31 mai 2017. Il a également répondu par la négative à la question de savoir s'il existait une maladie préexistante (dossier SUVA, pièce 48). Quant à l'assurance-maladie de l'assuré, celle-ci a retiré son opposition provisoire le 14 février 2018, en reconnaissant que les frais médicaux étaient à sa charge à compter du 11 octobre 2017 (dossier SUVA, pièce 46). Par décision du 29 mars 2018, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé son refus de prise en charge. Elle a en particulier considéré que le Dr B. _____ n'avait nullement justifié sa position s'agissant du lien allégué entre les atteintes litigieuses et l'accident du 31 mai 2017, de sorte que son appréciation ne permet pas de remettre en cause l'avis motivé et pleinement probant du Dr C. _____.

E. 5.5

Recours et éléments ultérieurs Dans son recours du 4 mai 2018, le recourant reproche à l'autorité intimée d'avoir, à tort, préféré l'avis du médecin d'arrondissement au détriment de celui du chirurgien traitant, alors qu'en présence d'opinion divergentes, il eût fallu mettre en œuvre une expertise indépendante. Au surplus, il nie toute valeur probante à l'appréciation du Dr C. _____, à défaut d'avoir été examiné personnellement par ce dernier, et considère que le lien de causalité avec l'accident du 31 mai 2017 doit être reconnu dans la mesure où il n'avait jamais souffert de douleurs au genou avant cet événement. A l'appui de son recours, il produit un nouveau rapport du Dr B. _____ du 16 avril 2018, dans lequel ce dernier retient les diagnostics suivants : « foyer d'ostéochondrite, sans lésion chondrale, du versant latéral de la rotule du genou gauche » et « contusion du ménisque interne avec signes de déchirure sous forme de petits kystes postérieurs ». Il justifie l'existence d'un lien de causalité avec l'évènement du 31 mai 2017 par l'absence de symptomatologie douloureuse auparavant (« le patient n'avait jamais eu de symptomatologie douloureuse de ce genou avant l'accident du 31.05.2017. On peut donc en conclure que ces lésions doivent être en rapport avec l'accident du 31.05.2017 »), tout en reconnaissant qu'une partie des lésions étaient probablement préexistantes (« il est probable que le foyer d'ostéochondrite, sans lésion chondrale du versant latéral de la rotule gauche, était pré-existant »). Il confirme enfin une évolution post-opératoire favorable, avec disparition quasi-complète des douleurs. Quant à l'autorité intimée, elle produit à l'appui de ses observations une nouvelle appréciation médicale, établie le 29 août 2018 par la Dresse D. _____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie et médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans son rapport, ce médecin passe tout Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 d'abord en revue l'anamnèse et les différents éléments médicaux en lien avec le cas. Y figurent également plusieurs images radiologiques, décrites et expliquées de manière détaillée. En particulier, elle affirme que les premières images réalisées suite à l'évènement du 31 mai 2017 n'ont démontré aucune lésion structurelle, mais une « probable ostéochondrite disséquante de la rotule latérale gauche – un décrochement de la surface articulaire, par ailleurs sclérosé », ce qui a ensuite été confirmé par l'IRM du 18 juillet 2017. Elle considère que de telles atteintes (sclérose et œdème circonscrit) découlent d'un traumatisme plus ancien, sans lien avec l'évènement du 31 mai 2017. Quant à la lésion mise en évidence lors de l'arthroscopie du 11 octobre 2017, à savoir une lésion horizontale de la corne postérieure du ménisque interne, elle est considérée, selon la littérature, comme dégénérative (au contraire des lésions « radiaires », traumatiques ; p. 6-7). La Dresse D. _____ explique ensuite que la fissure méniscale diagnostiquée découle probablement de micro-traumatismes répétés, sans traumatisme majeur, et doit ainsi être considérée

comme une « maladie méniscale ou atteinte méniscale dégénérative associée au vieillissement du tissu méniscal », accentuée par une morphologie en « genou varum » (p. 7-8). Quant aux kystes méniscaux constatés, leur étiologie est controversée et ne permet donc pas d'établir avec certitude une origine traumatique. Par ailleurs, le développement de tels kystes, suite à un traumatisme, prend un certain temps. En l'espèce, ces kystes ont été constatés lors de l'IRM du 18 juillet 2017 – soit 6 semaines après l'évènement annoncé – soit une durée insuffisante pour le développement d'un tel processus (p. 9-10). Enfin, elle souligne que « l'atteinte horizontale du ménisque et les kystes para-méniscaux sont le plus souvent asymptomatiques », de sorte que l'absence de douleurs avant l'accident ne saurait être un argument suffisant en faveur de l'existence d'un lien de causalité (p. 10). Qui plus est, un traumatisme tel que celui subi le 31 mai 2017 (contusion) n'est pas susceptible de causer de telles lésions, engendrées en principe par un traumatisme en rotation (p. 10). Au vu de tous ces éléments, la Dresse D. _____ affirme que « les troubles au genou gauche ayant motivé l'intervention du 11 octobre 2017 ne sont pas en relation de causalité probable avec l'évènement initial du 31 mai 2017 » (p. 11).

E. 6

Amenée à trancher ce litige, la Cour constate que s'opposent en l'espèce deux points de vue : celui du chirurgien traitant du recourant, d'une part, et celui des deux médecins d'arrondissement de l'autorité intimée, tous deux également spécialistes en chirurgie, d'autre part. Ces derniers excluent l'origine accidentelle des lésions méniscales constatées pour les mêmes raisons, à savoir la nature dégénérative des lésions constatées (en particulier lésion horizontale, en « zone blanche », au niveau de la corne postérieure du ménisque interne, sur fond de sclérose et d'ostéochondrite préexistante), par l'état structurel du genou constaté dans le protocole opératoire du 11 octobre 2017 (absence de lésion cartilagineuse au niveau du compartiment interne, absence de toute lésion au niveau du compartiment fémoro-patellaire ou du compartiment externe), ainsi que par le déroulement de l'accident (contusion au niveau du tibia), considéré comme impropre à causer les lésions constatées. Leurs différents rapports reposent sur un examen complet du dossier médical du recourant. Leur analyse de la situation médicale est parfaitement claire et leurs conclusions très bien motivées. En particulier, le rapport de la Dresse D. _____ est tout particulièrement détaillé et ses conclusions sont motivées de manière approfondies et convaincantes, notamment en réponse aux arguments opposés par le chirurgien traitant. Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 Quant au Dr B. _____, force est de constater qu'il n'apporte pas d'argument réellement convaincant pour soutenir la thèse accidentelle. Ses premiers rapports se limitent à mentionner l'origine traumatique des lésions sans aucune justification à cet égard. Quant au rapport du 16 avril 2018, il motive l'existence d'un lien de causalité uniquement par le fait que son patient ne présentait aucune symptomatologie douloureuse du genou avant l'accident. Or, de jurisprudence constante, 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 cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s., consid. 3b). Cette simple assertion ne saurait manifestement résister à l'argumentation détaillée qui ressort des rapports des médecins d'arrondissement de l'autorité intimée. Elle ne saurait non plus suffire pour établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un lien de causalité. D'autant moins que le Dr B. _____ reconnaît également l'existence d'une atteinte (ostéochondrite) préexistante, alors que la Dresse D. _____ explique de manière documentée que les lésions litigieuses peuvent être asymptomatiques jusqu'à un certain

point. Il est ainsi légitime d'accorder une crédibilité prépondérante à l'avis des médecins d'arrondissement de la SUVA, à défaut d'opinion contraire suffisamment motivée sur le plan médical. Par surabondance, on relèvera encore que l'assurance-maladie du recourant a admis le 14 février 2018 que « compte tenu des informations obtenues [par notre service médical], il résulte que les frais médicaux inhérents à l'état de santé de notre assuré sont à notre charge à compter du

E. 11

octobre 2017 » (dossier SUVA, pièce 46), dans le sens des constatations des médecins d'arrondissement de la SUVA. La Cour estime ainsi qu'il est établi de manière suffisamment probante que les atteintes constatées à lors de l'IRM du 18 juillet 2017 et ayant motivé l'intervention du 11 octobre 2017 ne sont pas d'origine traumatique, mais dégénérative, de sorte que l'existence d'un lien de causalité, à tout le moins probable, entre ces atteintes spécifiques et l'accident du 31 mai 2017 ne saurait être admise. Dans ce contexte, même si on ne peut ignorer la jurisprudence récente du TF qui paraît préconiser qu'une expertise soit systématiquement diligentée en présence d'un « doute à tout le moins léger » quant à la pertinence de l'avis du médecin conseil d'une assurance (cf. notamment arrêt TF 8C_370/2017 du 15 janvier 2018 consid. 3.3.3), un tel doute, fût-il léger, fait manifestement défaut en l'espèce, en l'absence de tout élément probant en faveur de l'origine accidentelle des lésions. En effet, il ne saurait être question d'ériger de simples assertions en moyens de preuve susceptibles d'instaurer même un tel doute, faute de quoi l'on remettrait définitivement en cause le principe de la vraisemblance prépondérante applicable en matière d'assurance-accidents. La mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires n'apparaît ainsi pas nécessaire. 7. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il convient de confirmer le refus de la SUVA de fournir des prestations d'assurances pour les atteintes annoncées en tant que « rechute » le 19 octobre 2017. Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 Mal fondé, le recours doit dès lors être rejeté. 7.1. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice. 7.2. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Il n'est pas non plus alloué de dépens à l'autorité intimée, 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. Partant, la décision sur opposition du 29 mars 2018 est confirmée. 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 11 juin 2019/isc Le Président : La Greffière :