

# FR\_GERICHTE 605 2024 184 vom 10. November 2025

FR Kantonsgericht, 2025-11-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2024\\_184](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2024_184)

FR: FR\_GERICHTE 605 2024 184 du 10 novembre 2025

IT: FR\_GERICHTE 605 2024 184 del 10 novembre 2025

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 23

août 2024. B. Par décision du 27 août 2024, confirmée sur opposition le 8 octobre 2024, la Suva a mis un terme au versement des prestations au 27 juillet 2024 au motif que les troubles persistants à la cheville n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident. Elle a en effet estimé que l'accident n'avait entraîné qu'une aggravation passagère d'une fissuration du tendon péronier latéral préexistante dont les effets ont perduré 6 mois après le sinistre. C. Par mémoire de recours du 9 octobre 2019 (recte 6 novembre 2024), A.\_\_\_\_\_ conteste la décision sur opposition, concluant implicitement à l'octroi de prestations au-delà du 27 juillet 2024. Il estime d'abord que l'événement du 27 janvier 2024 remplit les conditions d'un accident (un événement soudain, une influence externe, des dommages corporels significatifs) et que la lésion doit être assimilée à un accident. Il rappelle ensuite qu'il ne présentait aucun antécédent de tendinite, tendinopathie ou faiblesse à la cheville et qu'il n'a jamais eu de problèmes lors de la pratique du sport (snowboard, ski de fond, course à pied). Il ne comprend ainsi pas comment le médecin d'assurance est parvenu à la conclusion selon laquelle il souffrait de lésions dégénératives. Il produit enfin de la littérature médicale démontrant que des blessures des tendons péroniers peuvent survenir dans les sports de glisse. D. Le 22 janvier 2025, la Suva propose le rejet du recours. En substance, elle rappelle que la notion d'accident n'est pas contestée, que son médecin d'assurance – qui possède d'ailleurs une connaissance approfondie du dossier – a constaté que les troubles persistants sont d'origine dégénérative et que la littérature produite par le recourant ne permet pas à elle seule d'établir une causalité traumatique. Elle remet enfin un nouveau rapport de son médecin d'assurance qui confirme ses précédentes appréciations.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 en droit 1. Recevabilité Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant étant directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. Dispositions relatives au lien de causalité entre un accident et des troubles physiques 2.1. Selon l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), 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. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie: a. les fractures; b. les déboîtements d'articulations; c. les déchirures du ménisque; d. les déchirures de muscles; e.

les élongations de muscles; f. les déchirures de tendons; g. les lésions de ligaments; h. les lésions du tympan. Selon la jurisprudence, lorsque l'assureur-accidents admet l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) et que l'assuré souffre d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA. Ce n'est qu'en l'absence d'un accident au sens juridique que la cause doit être examinée sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1, arrêt TF 8C\_412/2019 du 9 juillet 2020 consid. 5.2). 2.2. L'art. 4 LPGA précise qu'est réputée 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. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (arrêt TF 8C\_26/2019 du 11 septembre 2019 consid. 3.1 et les références). 2.3. 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. 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 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 (ATF 142 V 435 consid. 1; arrêt TF 8C\_650/2018 du 23 octobre 2019 consid. 4.1 et les références). Cette question de fait repose essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 consid. 3.1). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; 129 V 177 consid. 3.1; 115 V 403 consid. 3). Selon une jurisprudence constante, un raisonnement fondé sur l'adage « post hoc, ergo propter hoc » (après celui-ci, donc à cause de celui-ci) ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales et ne saurait être admis comme moyens de preuve (ATF 119 V 335 consid. 2b; arrêt TF 8C\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 2.4. Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. Pour que cette condition soit remplie, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré soit 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 (arrêt TF 8C\_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1; ATF 129 V 177 consid. 3.2; 117 V 359 consid. 4b). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées). 2.5. En vertu de l'art. 36 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. 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 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier. En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales, étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (arrêt TF 8C\_461/2023 du 8 février 2024 consid. 3 et les références citées). Même à supposer l'implication de troubles dégénératifs préexistants, l'origine exclusivement malade doit être établie. Sans quoi, même s'il existait un état maladif antérieur,

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 l'assureur-accidents est tenu de prendre en charge les suites de l'accident aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas établi (arrêt TF 8C\_461/2023 précité consid. 4.3.1.1). 3. Dispositions relatives à l'instruction et à l'appréciation des preuves 3.1. La procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). 3.2. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 3.3. Pour statuer, 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 3.4. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est 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 prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une 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 quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). 3.5. Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). 4. Problématique Contrairement à ce que semble penser le recourant, il n'est pas contesté que celui-ci a été victime d'un accident pour lequel la Suva a l'obligation, sur le principe, de verser des prestations. Est uniquement litigieuse la question de l'étendue de cette obligation. La Suva soutient que le recourant souffrait déjà de problèmes dégénératifs avant l'accident, et que celui-ci n'a fait qu'aggraver temporairement un état de santé déjà altéré. Elle estime donc que sa responsabilité est limitée et qu'elle n'a pas à prendre en charge les troubles persistant au-delà du 27 juillet 2024. Le recourant conteste ce raisonnement, indiquant qu'il n'a jamais eu de problème avant l'accident et relevant que sa chute était propre à provoquer les atteintes diagnostiquées par les médecins. Qu'en est-il ? 5. Accident du 27 janvier 2024 et évolution des troubles 5.1. A. \_\_\_\_\_, né en 1973, a été victime d'un accident de snowboard le 27 janvier 2024 (annonce d'un cas-bagatelle le 6 février 2024, doc. 1). N'ayant pas vu une différence de niveau au bord d'une piste, il s'est blessé au pied droit.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 5.2. Le lendemain, il s'est rendu aux urgences (doc. 9). A la radiographie, les médecins n'ont pas objectivé de fracture et ont diagnostiqué une contusion du pied droit (doc. 9 et 10). 5.3. Le cas a été annoncé à la Suva le 6 février 2024, le formulaire faisant état de « douleurs – possible entorse » (doc. 1). 5.4. Le 24 avril 2024, le recourant s'est soumis à une IRM en raison des douleurs persistantes (doc. 7). Celle-ci a mis en évidence des altérations dégénératives du tarse montrant quelques foci inflammatoires (= petites zones ou taches localisées qui peuvent indiquer une inflammation), sans signe d'activation majeur au niveau des berges articulaires du Lisfranc et principalement métatarso- phalangiennes à hauteur du 1er rayon qui montrent également une altération dégénérative et les sésamoïdes et des signes d'épanchement intra-articulaire et synovite, une tendinopathie marquée avec ténosynovite de la partie distale du tendon long et court fibulaire avec image de petite déchirure longitudinale de la partie distale du court fibulaire sans argument pour une rétraction, ainsi qu'une infiltration inflammatoire périphérique intéressant la base du 5e métatarsien se prolongeant vers la partie distale et le dos du pied infiltrant le muscle court extenseur des orteils avec désorganisation compatibles avec une déchirure partielle sans rétraction. 5.5. Le 15 mai 2024, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé que le recourant avait ressenti des douleurs latérales du pied et de la cheville droits après son accident (doc. 3). Les séances de physiothérapie ont amélioré l'état de santé, mais des douleurs latérales distales de la cheville empêchaient encore toute activité physique. Le médecin a ainsi diagnostiqué une rupture longitudinale des tendons péroniers intéressant principalement le court péronier. Ce type de lésion résistant à tout traitement conservateur, le médecin a informé le recourant de la possibilité de réviser les tendons, de les suturer et de les conserver. 5.6. Le 24 mai 2024, une nouvelle IRM a mis en évidence une déchirure longitudinale complète du court péronier scindée par le long péronier après son passage derrière la malléole externe ainsi qu'une tendinopathie distale du long péronier en raison d'un os peroneum accessoire (doc. 18). 5.7. Le 4 juin 2024, le Dr B. \_\_\_\_\_ a indiqué que son patient avait accepté un traitement chirurgical en date du 23 août 2024. 5.8. Le 18 août 2024, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'assurance de la Suva, a estimé que l'accident n'avait entraîné qu'une aggravation passagère d'une fissuration du tendon péronier latéral préexistante et que les effets de cette aggravation avaient perduré 6 mois après le sinistre (doc. 22). Il a ainsi estimé que l'opération prévue était en lien tout au plus possible avec le dommage causé par l'accident.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 5.9. Le 22 août 2024, le recourant a annoncé une rechute de l'accident du 27 janvier 2024, indiquant qu'une intervention chirurgicale était prévue (doc. 23). 5.10. Le lendemain, il s'est soumis à une opération de la cheville (doc. 30). 5.11. Le 27 août 2024, la Suva a mis un terme aux prestations avec effet au 27 juillet 2024 (doc. 24). Le recourant s'est opposé à cette décision (doc. 31 et 36). 5.12. Le 8 octobre 2024, le Dr C. \_\_\_\_\_ a confirmé sa précédente appréciation et a relevé qu'une lésion traumatique était certes toujours possible, mais que l'on aurait alors constaté une déchirure transverse, partielle ou complète, du tendon court péronier latéral, et non pas fissuraire, qui entrerait dans le cadre des tendinopathies (doc. 39). 5.13. Par décision sur opposition du 8 octobre 2024, la Suva a confirmé sa décision du 27 août 2024 (doc. 40). Le recourant a recouru contre cette décision sur opposition. 5.14. Dans le cadre de la procédure de recours, le Dr C. \_\_\_\_\_ a remis une nouvelle appréciation du 12 décembre 2024 (annexe aux observations du 22 janvier 2025). Il a relevé que le bilan radiologique réalisé aux urgences

ne montrait pas de lésion osseuse, que l'IRM du 24 avril 2024 avait mis en évidence qu'une tendinopathie avec ténosynovite de la partie distale des tendons long et court péroniers avec une image de petite déchirure longitudinale de la partie distale du court fibulaire et que l'IRM du 24 mai 2024 avait révélé une déchirure longitudinale complète scindée par le long péronier après un passage derrière la malléole externe ainsi qu'une tendinopathie distale du long péronier. Répétant ses précédentes appréciations, le médecin d'assurance a relevé que, selon la littérature scientifique, la tendinite des péroniers est une irritation de ces tendons par surcharge répétitive qui, comme une corde qui peut s'éroder, peut mener à une déchirure. Celle-ci apparaît habituellement en ligne avec le tendon, causant une division dans le tendon lui-même. Le médecin d'assurance a indiqué qu'une telle pathologie préexistante pouvait apparaître dans un phénomène traumatique, comme dans le cas d'espèce, et a relevé que l'IRM du 24 mai 2024 avait montré que la déchirure longitudinale du court péronier était due au long péronier latéral qui a scindé ce tendon en deux après son passage derrière la malléole externe. Ainsi, le médecin d'assurance a conclu à une aggravation passagère par une décompensation traumatique d'une lésion dégénérative préexistante qui était probablement asymptomatique et dont les effets ont perduré tout au plus durant 6 mois à compter du sinistre. 6. Discussion 6.1. Le Dr C. \_\_\_\_\_ soutient que l'origine des troubles est dégénérative. Il explique notamment que la déchirure du tendon est « fissuraire », ce qui entre dans le cadre des tendinopathies.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 La Cour n'est cependant pas certaine de comprendre cette notion, qui ne ressort ni des rapports d'imagerie, ni des rapports du Dr B. \_\_\_\_\_. Elle ignore ainsi si ce terme se rapporte à une déchirure longitudinale ou à une déchirure partielle, s'il s'agit d'un constat objectif réalisé sur la base des imageries ou d'une erreur dans la lecture de ces rapports. Ainsi, et même si l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_ semble motivé et circonstancié, la Cour ne parvient pas à se défaire d'un doute au sujet de ses conclusions. 6.2. Elle ne peut en outre comparer son avis à celui d'autres médecins, puisqu'aucun autre spécialiste ne s'est expressément prononcé sur l'origine des troubles. Les rapports d'imagerie ne mentionnent que des diagnostics et le Dr B. \_\_\_\_\_ donne des renseignements sur le traitement, sans se positionner sur la causalité entre les troubles et l'accident. En outre, il ressort du dossier que le recourant est suivi par le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale (cf. not. doc. 3), mais aucun rapport médical de ce médecin ne figure au dossier. Enfin, il est souligné que les documents produits par le recourant n'ont aucune valeur probante, puisqu'il ne s'agit que de littérature médicale théorique et non pas de rapports médicaux tenant compte de toutes les circonstances du cas d'espèce. L'objectivité du Dr C. \_\_\_\_\_ n'est, en soi, pas remise en question, mais le fait qu'il soit le seul à s'être prononcé sur la question de la causalité peut donner à penser que la cause n'a pas été équitablement traitée et que « l'égalité des armes » n'a pas été respectée. On aurait en effet pu attendre de la Suva, qui a l'obligation d'instruire, qu'elle interroge le(s) médecin(s) traitant(s) et qu'elle lui (leur) laisse la possibilité d'exprimer un avis et de se prononcer sur la thèse du médecin d'assurance. Il ne s'agit en effet pas d'un simple cas bagatelle, le recourant ayant dû se soumettre à des séances de physiothérapie, consulter un spécialiste et se faire opérer. 6.3. Au vu de ce qui précède, le recours est admis. La décision sur opposition du 8 octobre 2024 est annulée et la cause renvoyée à la Suva pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il n'est pas perçu de frais vu la gratuité valant en matière d'assurance-accidents. Le recourant n'étant pas représenté, il n'est pas alloué d'indemnité de partie. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête : I. Le recours est admis. La décision sur opposition du 8 octobre 2024 est annulée et la cause renvoyée à la Suva pour instruction complémentaire et nouvelle décision. II. Il n'est pas perçu de frais. III. Il n'est pas alloué d'équitable indemnité de partie. IV. 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 10 novembre 2025/dhe Le Président La Greffière-rapporteure

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