

FR_GERICHTE 608 2019 109 vom 17. August 2020

FR Kantonsgericht, 2020-08-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_109

FR: FR_GERICHTE 608 2019 109 du 17 août 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2019 109 del 17 agosto 2020

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 29

janvier 2018, le médecin-conseil a constaté que l'efficacité requise n'était toujours pas établie sur le plan général, mais que l'exigence d'adéquation pour un essai thérapeutique était satisfaite du fait qu'un bénéfice partiel apparaissait donné dans la situation particulière. Les art. 71a ss OAMal ne prévoient en effet aucun financement d'essais thérapeutiques par l'OAS. L'assureur indique n'avoir que soutenu ledit essai clinique en collaboration avec les titulaires des autorisations. De même, est sans portée que sur la base de l'évaluation et de la recommandation des médecins-conseils du 28 mai 2018, il a ensuite pris en charge, via l'assurance de base, les frais des autres traitements consécutifs à l'essai thérapeutique. Les coûts de la thérapie G._____ survenus avant le 29 janvier 2018 sont donc à la seule charge de l'assuré. Aucun autre échange d'écritures n'a eu lieu entre parties. Il sera fait état des arguments développés par ces dernières à l'appui de leurs conclusions respectives ci-dessous, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré, dûment représenté et directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. 2.1. L'AOS prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles, et en particulier les médicaments, au sens de l'art. 4 al. 1 de la loi du 15 décembre 2000 sur les médicaments et les dispositifs médicaux (loi sur les produits thérapeutiques, LPT; RS 812.21), prescrits par un médecin (cf. art. 25 al. 1 et al. 2 let. b de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, LAMal; RS 832.10). Le département fédéral de l'intérieur (DFI) édicte la liste des médicaments avec tarif (LMT), qui énumère les produits et substances actives, ainsi que les auxiliaires employés pour la prescription magistrale, avec les tarifs qui incluent aussi les prestations des pharmaciens (cf. art. 52 al. 1 let. a ch. 2 LAMal); l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) livre la liste des spécialités (LS), qui contient les préparations originales et les génériques pris en charge par l'AOS, ainsi que leur prix (art. 52 al. 1 let. b LAMal). Les dispositions relatives à la LS s'appliquent par analogie à l'admission dans la LMT (cf. art. 63 al. 2 OAMal). En tant que listes positives, la LMT et la LS ont un caractère à la fois exhaustif et contraignant (cf. arrêt TF K 55/05 du 24 octobre 2005). Du fait du principe des listes inscrit à l'art. 34 al. 1 LAMal, les assureurs ne peuvent en effet, fondamentalement, que prendre en charge les médicaments figurant sur ces listes. Un médicament ne peut être inscrit dans la LS ou la LMT qu'aux conditions d'admission de l'art. 65 OAMal. En dehors de cela, ce n'est qu'à titre exceptionnel que son coût peut néanmoins être supporté par l'AOS, soit s'il remplit les conditions des art. 71a ss

OAMal ("Prise en charge de médicaments dans des cas particuliers"; pour l'ensemble de la question litigieuse ici, cf. notamment les ATF 136 V 395; 136 V 509; 139 V 375; 142 V 325; 144 V 333; arrêt TF 9C_805/2019 du 2 juin 2020 destiné à la publication, et les références citées). 2.2. A teneur de l'art. 71a al. 1 let. b OAMal, l'AOS prend en charge les coûts d'un médicament admis dans la LS et utilisé pour d'autres indications que celles autorisées par Swissmedic dans l'information professionnelle ou prévues par la limitation fixée dans la LS, au sens de l'art. 73 OAMal, si l'usage du médicament permet d'escompter un bénéfice élevé contre une maladie susceptible d'être mortelle pour l'assuré ou de lui causer des problèmes de santé graves et chroniques et que, faute d'alternative thérapeutique, il n'existe pas d'autre traitement efficace autorisé. Conformément à l'art. 71d OAMal, l'AOS ne prend en charge les coûts du médicament que si l'assureur a donné une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil (al. 1); l'assureur examine si le rapport entre les coûts pris en charge par l'assurance obligatoire des soins et le bénéfice thérapeutique est approprié (al. 2); si la demande de prise en charge des coûts est complète, l'assureur rend sa décision dans les deux semaines (al. 3); le fournisseur de prestations facture les coûts effectifs à l'assureur; pour les médicaments visés à l'art. 71a OAMal, le prix facturé est le prix maximum figurant dans la liste des spécialités (al. 4).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 Cas échéant, l'AOS peut ainsi notamment prendre en charge le coût de médicaments d'une thérapie en association pour une prescription, bien que son utilisation ne figure pas dans la LS: on parle alors d'utilisation dite "hors étiquette" ("off-label use"). Le défaut d'alternative de traitement doit en général être admis dans les cas où l'utilisation hors étiquette promet, médicalement, un rapport risque-bénéfice bien meilleur que les autres alternatives régulièrement autorisées (cf. arrêt TF 9C_805/2019 précité consid. 6.2.1.). Ce critère apparaît rempli dès lors que, certes, il existe une alternative de traitement, mais que sous l'angle du rapport précité, celle-ci est nettement inférieure à l'utilisation hors étiquette prévue, de sorte que le bénéfice thérapeutique élevé de cette dernière est donné. La question de l'éventuel bénéfice (de l'utilité) thérapeutique plus important doit être jugée aussi bien d'une façon générale qu'en lien avec le cas particulier. Le bénéfice peut être curatif ou palliatif. On peut s'inspirer à cet égard de ce que prévu pour l'autorisation limitée d'un médicament au sens de l'ancien art. 9 al. 4 LPTh (supprimé depuis le 1er janvier 2019), respectivement du nouvel art. 9a LPTh. A teneur de l'art. 19 al. 1 let. c de l'ordonnance du 22 juin 2006 de l'Institut suisse des produits thérapeutiques sur l'autorisation simplifiée de médicaments et l'autorisation de médicaments fondée sur une déclaration (OASMéd; RS 812.212.23), une telle autorisation suppose que les résultats intermédiaires des études cliniques indiquent que l'utilisation du médicament procurera un bénéfice thérapeutique notable. Peuvent suffire aussi d'autres éléments rendus publics, permettant des énoncés vérifiables scientifiquement quant à l'efficacité du médicament pour le nouveau domaine d'utilisation prévu et sur la base desquels il existe un consensus dans les milieux spécialisés quant au bénéfice thérapeutique élevé escompté. Du point de vue juridique, les conditions (plus élevées) d'admission à la LS ne doivent pas être (cf. arrêt TF 9C_805/2019 précité consid. 6.2.2.). 2.3. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 [LPGA; RS 830.1]) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas

du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références; cf. également arrêt TF 9C_805/2019 précité consid. 8.3.2). On ajoutera qu'un recourant doit présenter des conclusions claires et précises, et une motivation à leur appui qui soit à l'avenant. 3. En l'espèce, il n'est pas contesté que chacun des deux médicaments prévus en combinaison pour la thérapie figure dans la LS (chacun pour le traitement d'un cancer dit complexe), mais que pour aucun n'y est inscrite une indication pour le traitement d'un CHC dans l'information professionnelle approuvée par Swissmedic (cf. <https://compendium.ch/>, consulté la dernière fois le 3 août 2020). Ni que l'association de ces deux médicaments ne se trouve pas dans la LS. Leur combinaison en une thérapie demandée par l'assuré interviendrait ainsi selon une prescription, une utilisation hors

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 étiquette ("off-label use"). Or, l'AOS ne prend en principe pas en charge un tel usage, et ne pourrait néanmoins le faire, dans ce cas, à titre exceptionnel, qu'aux conditions restrictives de l'art. 71a al. 1 let. b OAMal. 3.1. Est seul litigieuse ici la prise en charge par l'AOS, comme prestation obligatoire de l'assureur, du coût des cinq cycles de G._____ administrés hors étiquette de novembre 2017 au 16 janvier 2018. 3.1.1. La Cour relève d'abord que c'est manifestement à raison que l'assureur a indiqué, le 21 novembre 2017 (pce 1.2 du bordereau de l'assureur), après consultation de son médecin-conseil, refuser la prise en charge demandée le 14 novembre 2017 de l'utilisation off-label des médicaments E._____ et F._____: à l'appui de cette demande, seuls deux rapports du médecin prescripteur, des 12 octobre et 2 novembre 2017 étaient produits. Faute notamment de toute présentation de littérature, une appréciation générale du traitement proposé n'était alors pas possible. 3.1.2. Le médecin prescripteur a déposé de la littérature les 29 novembre 2017 et 13 février 2018 (cf. annexes aux pces 1.3 et 1.5 de l'assureur). Pour l'évaluer, l'assureur a utilisé de la plateforme électronique "OLUtool Onco", mise sur pied par la SSMC et prévue en cas d'utilisation hors étiquette (off-limite use, OLU) en oncologie. Le recours à cette plateforme par un assureur n'est pas obligatoire mais recommandé par la SSMC (cf. <https://www.medecins-conseils.ch/expertcom/71kvv/updmay18/>, consulté la dernière fois le 3 août 2020). Par le biais de l'outil (cf.

https://www.medecins-conseils.ch/expertcom/71kvv/updmay18/olutoolonko_3_2_fr.pdf, consulté la dernière fois le 3 août 2020; s'agissant du glossaire en la matière: <http://www.vertrauensaezte.ch/expertcom/71kvv/updjan17/glossairef/>, consulté la dernière fois le 3 août 2020), il est procédé à une notation d'études (pour servir l'évaluation sur le plan général requise), ainsi qu'à une évaluation du cas particulier; au terme de cette évaluation, si l'utilisation hors étiquette prévue entre dans la catégorie de bénéfice D, aucune prise en charge par l'AOS ne doit intervenir. Il en va de même en cas de catégorie C: l'AOS ne doit pas supporter le coût de la prestation (en ce sens, la formulation de l'assureur du 10 avril 2018 est malheureuse), mais il y a possibilité d'un essai thérapeutique – cas échéant, l'assureur se mettra alors d'accord quant à son financement avec le ou les titulaires de l'autorisation de mise sur le marché du ou des médicaments concernés. Une catégorie B ou A permet en revanche de considérer que le bénéfice élevé escompté est démontré, et de regarder, exceptionnellement, le traitement prévu comme prestation obligatoire, cette fois à

charge de l'AOS. En l'espèce (cf. notamment le Résumé de l'évaluation du médecin-conseil du 20 mai 2019, pce 3 de l'assureur), l'évaluation OLUtool Onco du 18 décembre 2017 a donné la catégorie de bénéfice D, de sorte que le médecin-conseil a recommandé que l'AOS n'intervienne pas. Les données (études, travail synoptique, etc.) produites ont été considérées comme ne permettant pas de retenir comme avéré un bénéfice thérapeutique élevé. L'évaluation du 27 février 2018, selon l'outil OLUtool Onco, n'a pas modifié la notation négative des études, malgré les derniers documents y relatifs produits: sur le plan général, il n'y avait toujours pas d'étude(s) justifiant, de par sa (leur) valeur scientifique, une note permettant une prise en charge par l'AOS. Toutefois, eu égard en particulier au CT-scan du 29 janvier 2019, la catégorie du bénéfice retenue est passée désormais à C, ce qui ouvrait la possibilité d'un essai thérapeutique, auquel l'assureur souscrit et dont il négocia la prise en charge financière pour six mois à partir du 29 janvier 2018 avec les titulaires

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 des autorisations de mise sur le marché des médicaments. Il accepta (cf. évaluation du médecin-conseil du 29 mai 2018) en outre l'intervention de l'AOS ultérieurement à l'essai clinique. 3.2. La Cour relève que le recourant ne fournit pas d'allégué et de motivation propre à remettre en cause la catégorie de bénéfice D, équivalant à une absence de démonstration d'un haut effet thérapeutique, initialement attribuée à l'utilisation combinée des deux médicaments dont il demande la prise en charge, pas d'avantage au reste que celle C retenue par l'assureur ensuite de la demande de garantie du 13 février 2018. Le Tribunal n'a en outre pas de motif de revenir, ici, sur l'utilisation de l'outil OLUtool Onco, censée au demeurant contribuer à une application uniforme en matière d'utilisation hors étiquette, relativement aux conditions des art. 71a ss OAMal. Le recourant ne remet pas dûment en question dite appréciation, sur le plan général, au moyen de la plateforme électronique en particulier, de la littérature, et le Tribunal ne distingue pas de motif de revenir sur cette évaluation. La seule invocation par le recourant d'une jurisprudence relative à un avis du SMR en matière AI ne saurait en rien modifier cela. Au reste, dite jurisprudence ne faisait qu'inciter à une certaine prudence, cas échéant, relativement à un avis donné par un médecin de SMR dans une matière déterminante dans le cas traité pour laquelle il n'était pas spécialiste; elle ne concluait aucunement à écarter purement et simplement ladite appréciation du SMR pour ce seul motif. Dès lors, faute en particulier de tout autre argument apporté, il n'y a aucun motif de remettre en cause le résumé des évaluations opéré par la Dre K. _____, médecin-conseil de l'assureur, le 20 mai 2019, du seul fait qu'elle est spécialiste en médecine interne générale ainsi qu'en rhumatologie, mais non en oncologie. Ce d'autant moins, qu'il a été, on le rappelle, procédé au moyen d'une plateforme électronique, censée précisément tendre vers une certaine transparence et égalité d'accessibilité aux traitements, dès lors que des données (d'études, etc.) qui y sont introduites doivent normalement aboutir aux mêmes résultats quant au bénéfice escompté, ce indépendamment du médecin-conseil et de l'assureur pour lequel il remplit cette tâche. Tout au plus la Cour peut-elle regretter que ne lui ont pas été fournis les résultats bruts de l'évaluation du 18 décembre 2012 et de celle du 27 février 2018 3.3. Outre cette non-remise en cause motivée de l'appréciation sur le plan général des études quant à la démonstration suffisante d'un effet thérapeutique élevé, la Cour observe au demeurant ce qui suit quant à la littérature déposée (les parties en italique sont soulignées par la Cour), soit: - Une page, non datée, de la Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie, congrès des JFHOD, P14, qui traite de la "Chimiothérapie par gemcitabine et oxaliplatine (G. _____) après échec des thérapies

anti-angiogéniques dans le carcinome hépatocellulaire. Il y est rappelé que le sorafénib est le seul traitement ayant montré un allongement significatif de la survie globale (SG) et de la survie sans progression (SSP) dans le CHC avancé. D'autres agents anti-angiogéniques ont également une activité anti-tumorale démontrée en 1ère ligne. Toutefois, à ce jour, aucun traitement de deuxième ligne n'a été validé après échec du sorafénib. La combinaison G._____ a également fait la preuve de son activité anti-tumorale en 1ère ligne; l'étude résumée ici visait à évaluer son efficacité après échec d'au moins une ligne de traitement anti-angiogénique. Sur un total de 40 patients analysés entre 2006 et 2012, dont 35 d'entre eux évaluables, le taux de réponse objective (RO) selon les critères RECIST 1.1 était de 20%; la médiane de SG, encourageante, était de 8.3 mois. Cette association semble montrer une certaine efficacité avec un profil de toxicité acceptable; ces résultats mériteraient d'être confirmés dans le cadre d'études prospectives randomisées.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 - Le document paru dans la Lettre de l'Hépatogastroentérologie de septembre-octobre 2007, Traitement systémique du carcinome hépatocellulaire, p. 217ss, relevait que le sorafénib allait devenir le traitement systématique de référence (survie sans progression: SSP: 5.5 mois, SG: 9.2 mois). Quant à l'association gemcitabine et oxaliplatine, elle est une association synergique in vitro; une première étude a suggéré l'efficacité et la bonne tolérance de l'association de gemcitabine 1 000 mg/m² en perfusion de 100 minutes à J1 suivie d'oxaliplatine 100 mg/m² en perfusion de 2 h à J2 tous les 14 jours; une étude de phase II récemment publiée confirme ces données, avec un taux de réponse objective de 18%, une survie sans progression de 6,3 mois et une survie globale de 11,5 mois; la toxicité de grade 3 ou 4 était principalement hématologique. "Il n'existe actuellement aucune chimiothérapie cytotoxique standard dans le traitement palliatif du CHC. Les essais doivent être poursuivis sur de grands effectifs de patients en stratifiant les résultats en fonction de l'existence ou non d'une cirrhose, d'une part, et de la gravité ainsi que la cause de la cirrhose, d'autre part, dans le but d'identifier quels sous-groupes de patients bénéficient de la chimiothérapie systémique. G._____ est probablement l'un des schémas les plus prometteurs. Les résultats de l'association gemcitabine/oxaliplatine sont prometteurs, même si le bénéfice potentiel en termes de survie n'a pas été confirmé par une étude de phase III comparant cette chimiothérapie à des soins de confort." - Dans un article du 17 septembre 2012 publié dans le Cancer Therapy Advisor était relatée une étude rétrospective multicentrique, publiée dans le Journal of Hepatology, portant sur 204 patients traités par G._____ entre 2001 et 2010. 8.5% patients furent ensuite compatibles avec une thérapie curative. RO et contrôle de la maladie: respectivement 22 et 66%; PFS: 4.5 mois; OS: 11 mois (median OS de 10.7 mois pour une des deux études sur le sorafénib rapportées par les auteurs). Toxicité de grade 3-4 rencontré dans 44%, dont 16% avec arrêt de la thérapie. - Du plus récent article produit, avec une mise à jour du 28 septembre 2017, intitulé Hepatocellular Carcinoma Treatment Protocols, paru dans Medscape, ressortait que le traitement recommandé pour un CHC avancé était le sorafénib. Comme autres options pour des patients traités préalablement avec le sorafénib était mentionnées: le regorafénib (autorisé en Suisse; avec, depuis le 30 avril 2018, une extension d'indication pour le CHC), et le nivolumab, autorisé en Suisse, sans indication pour CHC). Il était en outre souligné que pour le National Comprehensive Cancer Network (NCCN), seules des données limitées appuyaient l'utilisation de la chimiothérapie, et qu'elle était préférée dans le contexte d'un essai clinique; toutefois, une liste de cinq traitements était fournie, qui avaient montré une activité marginale dans de petits essais cliniques, parmi lesquels G._____. Pour le reste, les pièces produites, dont certaines ne

constituaient que des tableaux synoptiques pour conférence, se rapportaient surtout au principe actif sorafénib, à d'autres procédés que G._____ (L._____, etc.), à leur association au sorafénib, au bevacizumab, etc. Pour la Cour, dans le cadre de son devoir d'instruction, ces articles – pas davantage que ce qu'elle a pu trouver par ses propres investigations, au reste –, dont nombre concernent au premier chef le sorafénib, n'attestent pas, à tout le moins pas suffisamment, même compte tenu d'un degré de preuve moindre pour les art. 71a ss OAMal au sens rappelé plus haut, d'un haut bénéfice thérapeutique pouvant être attendu. Et ne justifient pas de s'écarter de l'évaluation opérée notamment par le biais de l'OLUtool Onco. Il est souligné au passage que nombre de ces pièces furent établies vers 2007, temps de l'essor reconnu du sorafénib comme traitement de référence, ainsi que le type de phase de traitement dont il s'agit (pas de phase III, notamment) et le nombre

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 réduit de sujets évalués. Que le traitement tel que proposé par le médecin prescripteur ait la qualité de standard évoquée n'est ainsi pas attesté non plus. Les articles produits avec la demande du 13 février 2018 n'imposent au demeurant pas non plus une autre appréciation sur le plan général de ce traitement proposé. Celui nommé Carcinome hépatocellulaire: nouvelles approches thérapeutiques, élaboré pour les journées EPU Paris Sud de juin 2007, reprend le contenu de celui sur le Traitement systémique du carcinome hépatocellulaire précité. L'article P183 Traitement du [CHC] avancé par gemcitabine plus oxaliplatine (G._____): étude multicentrique sur plus de 200 patients porte sur le même objet que celui évoqué dans le Cancer Therapy Advisor susmentionné (et mentionné dans d'autres pièces encore). Enfin, le document intitulé Traitement palliatif des [CHC] ne mentionne pas G._____, porte notamment, à nouveau, sur le sorafénib, énonce l'arrivée d'autres innovations, et mentionne qu'aucune des études randomisées n'a permis de montrer un bénéfice en survie des associations de chimiothérapie, probablement du fait des effectifs réduits et d'un manque de puissance statistique; il n'est donc pas possible d'affirmer un quelconque bénéfice de ce type de traitement. 3.4. Au vu de ce qui précède, pour la Cour, les éléments de littérature ne permettaient effectivement pas de retenir qu'un important bénéfice thérapeutique pouvait être escompté en l'espèce, au sens de l'art. 71a al. 1 let. b OAMAL. Sans devoir encore examiner la portée de ces études sur le cas particulier, force est de constater dès lors que dans cette situation précise, c'est à raison que l'assureur a refusé la prise en charge comme prestation obligatoire des cinq cycles de G._____ administrés jusqu'au 29 janvier 2018. En outre, le recourant ne saurait rien retirer du fait que tenant compte, sous l'angle du cas particulier, des résultats du CT-scanner de cette dernière date, soit de données biologiques, le médecin-conseil a pu, après sa production le 13 février 2018, élever la catégorie de bénéfice de D à C (maximum possible selon les règles de la plateforme, cf. le lien supra) et recommander un essai thérapeutique. Ce dernier n'impliquait pas (cf. également les particularités et explications relatives à OLUtool NonOnco figurant sous le lien: https://www.medecins-conseils.ch/expertcom/71kvv/updmay18/olutool_nononko_3_2_fr.pdf, consulté la dernière fois le 3 août 2020), sa prise en charge par l'AOS, et ne justifiait en tout état de cause aucunement de retenir une prestation obligatoire pour le temps avant son début. Le seul fait que, dans son cas particulier, le CT-scan du 29 janvier 2018 tendrait à attester d'un bénéfice partiel, d'une certaine efficacité, s'il a pu justifier la recommandation de cet essai thérapeutique de six mois depuis cette date, ne saurait nullement pallier l'absence d'étude propre à montrer cette haute efficacité thérapeutique attendue (cf. ATF 136 V 395 consid.

6.5). Il n'y pas lieu, dès lors, d'examiner encore les autres conditions mises à une prise en charge exceptionnelle par l'AOS selon l'art. 71a al. 1 let. b et 71d OAMal 4. Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision sur opposition attaquée, confirmée. En vertu du principe de gratuité de la procédure prévalant en la matière, il ne sera pas perçu de frais de justice. Des dépens ne seront pas alloués.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 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. 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 17 août 2020/djo Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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