



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2019 38
605 2019 39

Arrêt du 14 novembre 2019

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Marianne Jungo, Marc Sugnaux
Greffier-rapporteur : Philippe Tena

Parties

A._____, **recourante**, représentée par Me Philippe Corpataux,
avocat

contre

**VAUDOISE GÉNÉRALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA,
autorité intimée**

Objet

Assurance-accidents; causalité naturelle; statu quo

Recours (605 2019 38) du 1^{er} février 2019 contre la décision sur
opposition du 18 décembre 2018; demande (605 2019 39)
d'assistance judiciaire gratuite

considérant en fait

A. A. _____, née en 1968, domiciliée au moment des faits à B. _____ et actuellement domiciliée à C. _____, travaillait au sein d'une garderie.

Elle était assurée, par le biais de son employeur, auprès de la Vaudoise Générale compagnie d'assurances SA (ci-après: Vaudoise) contre les accidents professionnels et non-professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

B. Le 22 mars 2017, en voulant retenir un enfant dans le cadre de son activité professionnelle, elle est tombée sur l'épaule droite. Une incapacité de travail totale a été médicalement attestée depuis lors, l'assurée faisant également état de plaintes au niveau du genou gauche.

Ce cas a été annoncé à la Vaudoise qui l'a pris en charge et a soumis le cas à son médecin conseil.

Une capacité de travail résiduelle importante a par la suite été reconnue, l'assurée ayant commencé un travail d'assistante socio-éducative à 80.95% auprès d'un autre employeur en mars 2018.

Par décision du 16 mai 2018, confirmée sur opposition le 18 décembre 2018, la Vaudoise a refusé d'intervenir s'agissant des plaintes au genou gauche et a fixé le terme de son intervention pour les frais en lien avec les troubles de l'épaule droite au 19 septembre 2017. Elle a renoncé néanmoins à demander le remboursement des frais payés à tort.

C. Contre cette décision sur opposition, l'assurée, représentée par Me Philippe Corpataux, avocat, interjette recours (605 2019 38) devant le Tribunal cantonal le 1^{er} février 2019 concluant à la prise en charge du traitement médical du genou gauche et de l'épaule droite.

A l'appui de ses conclusions, elle précise que les douleurs les plus vives à l'épaule droite ont couverts dans un premier temps les douleurs les plus faibles au genou gauche, mais que lors de l'accident elle est tombée sur son épaule droite en tapant son genou gauche. Elle se prévaut également des rapports de son rhumatologue traitant, précisant avoir privilégié un traitement de l'épaule plus doux et moins invasif, ce qui a eu pour corollaire un temps de guérison plus long mais qui lui permet de continuer à travailler à un taux élevé. Elle regrette que le choc sur son genou gauche n'ait pas été pris en considération. Elle affirme au demeurant que les symptômes de ces atteintes ne se sont manifestés qu'après la survenance de l'accident, étant par le passé très active et effectuant des séances de fitness, sans le moindre problème.

Parallèlement à son recours, la recourante demande (605 2019 39) à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale et à ce que son mandataire soit désigné défenseur d'office.

Dans ses observations du 11 mars 2019, la Vaudoise propose le rejet du recours.

Elle rappelle que les documents médicaux ne font que tardivement état de douleurs au niveau du genou gauche, celles-ci étant mentionnées pour la première fois en juillet 2017. Elle souligne, au demeurant, que le rhumatologue traitant n'atteste nullement qu'elles seraient en lien de causalité avec l'accident et que le spécialiste interrogé en confirme l'origine dégénérative. Elle souligne également que l'importance de l'atteinte à l'épaule droite doit être relativisée car il s'agit d'une

banale entorse entraînant des douleurs au-dessus de l'omoplate, sans lésion radiologique décelable.

Dans ses contre-observations du 10 mai 2019, la recourante maintient ses allégués et ses conclusions. L'autorité intimée ne s'est pas déterminée à leur égard.

Il sera fait état des arguments, invoqués par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu en dépit du changement de domicile ainsi que de la matière, le recours est recevable, la recourante, dûment représentée, étant en outre directement atteinte par la décision querellée et possédant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

2.

2.1. 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.

D'après l'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

2.2. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, 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. 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 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 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b; 117 V 369 consid. 3a; 117 V 359 consid. 5a).

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).

2.3. Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire si cette dernière repose seulement et exclusivement sur des facteurs étrangers à l'accident.

C'est le cas soit lorsqu'est atteint l'état de santé (maladif) tel qu'il se présentait directement avant l'accident (*statu quo ante*), soit lorsqu'est atteint l'état de santé, tel qu'il serait survenu tôt ou tard, indépendamment de l'accident, selon l'évolution d'un état maladif antérieur (*statu quo sine*). L'administration et, le cas échéant, le juge tranchent la question de la rupture du lien de causalité en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de cette rupture ne suffit pas (RAMA 1994 p. 326 consid. 3b et les références).

3.

3.1. 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 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; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). 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).

3.2. 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

3.3. 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).

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 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

La jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit immanquablement entre le médecin traitant et son patient, ainsi que sur l'indépendance présumée d'un médecin lié à un assureur par un rapport de travail, mais n'en déduit pas pour autant une quelconque règle de préséance (arrêt TF 9C_843/2007 du 28 juillet 2008 consid. 3).

4.

Est ici litigieuse l'obligation de prêter de la Vaudoise, tant, sur le principe, pour les troubles au genou gauche que, au-delà du mois de septembre 2017, pour les troubles à l'épaule droite.

4.1. S'agissant d'abord des douleurs au genou gauche, la recourante affirme qu'elles sont en lien avec l'accident, son genou ayant été sans douleurs par le passé et la violence du choc à cet endroit le 22 mars 2017 ayant nécessairement eu des conséquences.

Il est d'emblée utile de rappeler que, de jurisprudence constante, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient 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; RAMA 1999 n. U 341 p. 408, consid. 3b).

Dans ce contexte, le fait qu'elle n'ait jamais eu auparavant de problème à son épaule ou à son genou ne saurait suffire pour reconnaître l'existence d'un lien de causalité avec l'accident.

Ceci rappelé, on constate que l'origine traumatique des douleurs au genou gauche est évoquée par le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lorsqu'il répond par la positive à la question "*les lésions sont-elles dues uniquement à*

l'accident?" (rapport du 20 décembre 2017, dossier Vaudoise, pièce 23, cf. ég. pièces 17, 19, 31, 33 et 41). Dans le même sens, la Dresse E._____, spécialiste en médecine interne générale, estime que la *"Distorsion knie links"* est en lien de causalité partielle avec l'accident. Précisant que ces troubles n'étaient auparavant *"nicht im Vordergrund"*, elle distingue une *"Zerrung des medialen collateralbandes Knie links"* d'une *"Synovitis"*, seule cette dernière ayant été causée par l'accident (rapport du 18 juillet 2017, dossier Vaudoise, pièce 13).

Les conclusions de ces deux médecins ne sont pourtant pas suivies par le médecin-conseil de l'autorité intimée, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 27 novembre 2018, l'orthopédiste a constaté que les plaintes relatives au genou gauche étaient postérieures de trois mois à l'accident. Affirmant qu'il s'agit de *"lésions dégénératives, sans rapport avec un accident"*, il précise que *"les douleurs s'expliquent par une gonarthrose interne et antérieure avec une déchirure méniscale dégénérative très localisée à la corne postérieure du ménisque interne"*; cf. ég. pièces 18 et 20).

Il ressort de ce qui précède que l'on se trouve en présence de deux opinions médicales circonstanciées émanant de spécialistes et qui aboutissent à des conclusions opposées sur une question médicale complexe nécessitant des connaissances spécifiques.

Dans ce contexte, l'instruction à laquelle a procédé la Vaudoise était ainsi entachée d'un doute.

Or, une jurisprudence du TF paraît préconiser qu'une expertise soit diligentée en présence d'un *"doute à tout le moins léger"* quant à la pertinence de l'avis du médecin-conseil (cf. arrêts TF 8C_370/2017 du 15 janvier 2018 consid. 3.3.3; 8C_586/2017 du 20 décembre 2017 consid. 5.3; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 4.4).

Même si cette jurisprudence pourrait remettre en cause le principe de la vraisemblance prépondérante ici applicable, on ne saurait l'ignorer.

A ce stade, la Cour relève qu'une possible lésion du ménisque est mentionnée tant dans un rapport d'IRM du 11 juillet 2017 (dossier Vaudoise, pièce 11), dans les rapports du Dr D.____ (cf. not. dossier Vaudoise, pièces 33 et 41) et dans le rapport du Dr F.____ (dossier Vaudoise, pièce 42). Or, les déchirures du ménisque sont considérées comme des lésions assimilées à un accident (art. 6 al. 2 LAA). Si une telle déchirure devait être confirmée, l'origine malade ou dégénérative des lésions devrait être manifeste pour exclure toute cause accidentelle (cf. arrêts TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

Au vu de ce qui précède, la décision sur opposition litigieuse doit être annulée et la Cause renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction, confiée à un spécialiste externe, afin de départager les opinions des différents médecins s'agissant des troubles au genou gauche.

4.2. Cela étant, il n'est pas sans intérêt de trancher l'obligation de l'assurance de prester pour les douleurs à l'épaule droite.

Dans sa décision du 16 mai 2018 et celle sur opposition du 18 décembre 2018, l'autorité intimée se réfère aussi aux considérations de son médecin conseil. Celui-ci pense qu'il est *"parfaitement correct de mettre fin au rapport de causalité à six mois d'une contusion sans gravité de l'épaule droite, c'est-à-dire à fin septembre 2017"*, estimant que les douleurs à cet endroit vont *"persister et*

seront toujours de même localisation" (rapport du 27 novembre 2018, dossier Vaudoise, pièce 42; cf. ég. pièces 18 et 20).

On constate que le médecin-conseil ne motive que sommairement son raisonnement.

Toutefois, sa conclusion n'est – et cela contrairement à ce qui a été constaté ci-avant s'agissant de la problématique au genou gauche – pas mise en cause par les autres pièces au dossier.

En effet, le Dr F. _____ est le seul médecin à avoir examiné le cas sous l'angle de la problématique du *statu quo sine vel ante*.

Si le Dr D. _____ et la Dresse E. _____ sont d'avis que les troubles à l'épaule droite sont en lien de causalité avec l'accident du 22 mars 2017 – ce qui n'est pas contesté –, ils n'indiquent en revanche pas si l'état de santé demeure encore atteint des suites de l'accident, ou s'il est plutôt en lien avec une lésion malade ou dégénérative (cf. not. dossier Vaudoise, pièces 13, 17, 19, 23, 31, 33 et 41; cf. ég. bordereau recours, pièces 9, 11, 15 et 16).

On ne saurait par ailleurs rien déduire de plus de sa proposition d'une intervention chirurgicale sensée traiter une telle atteinte (bordereau recours, pièce 15).

Au final, les arguments présentés par la recourante dans ses différents mémoires ne sont nullement soutenus par des documents médicaux. Il s'agit, bien plutôt, de raisonnements basés sur de simples déclarations, ce qui ne saurait convaincre.

Partant, la Cour retient que c'est à juste titre que, s'agissant des troubles au niveau de l'épaule, la Vaudoise s'est référée à l'avis du Dr F. _____ qui considérait que, fin septembre 2017, le rapport de causalité était rompu.

5.

5.1. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il convient d'admettre partiellement le recours (605 2019 38).

La décision sur opposition litigieuse est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire quant aux problématiques en lien avec le genou gauche. Pour le surplus, en ce qu'elle a trait aux problématiques en lien avec l'épaule droite, la décision sur opposition est confirmée.

5.2. Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à l'octroi d'une indemnité de partie pour ses frais de défense.

Le 9 mai 2019, son mandataire a produit une liste de frais à hauteur de CHF 4'770.84, à savoir CHF 4'429.75 à titre d'honoraires et de débours, plus CHF 341.09 au titre de la TVA (7.7%).

Toutefois, cette liste de frais n'apparaît pas conforme aux exigences du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA, RSF 150.12).

En effet, dans la mesure où toutes les opérations de l'avocat sont datées du 9 mai 2019 et au vu de leur libellé très générique, la Cour n'est pas en mesure de déterminer si les opérations étaient véritablement en lien avec la cause qui lui était soumise.

En outre, les frais sont calculés de manière forfaitaire alors que cette méthode n'est pas prévue en matière d'assurances sociales (cf. arrêt TC 605 2016 93 du 7 mars 2017; cf. ég. art. 11 al. 2 Tarif JA; art. 68 du Règlement sur la Justice; RJ; RSF 130.11).

Enfin, la liste fait état de frais d'ouverture du dossier (CHF 50.-) qui dépassent le montant usuellement admis.

Dans ces circonstances, la Cour s'écarte des opérations qui y figurent et fixe l'indemnité d'office, selon sa libre appréciation (cf. art. 11 Tarif JA).

Compte tenu de l'importance et de la difficulté de l'affaire (art. 11 al. 2 Tarif JA), l'indemnité de partie est fixée ex aequo et bono à un montant total de CHF 3'284.85, à savoir à CHF 3'000.- au titre d'honoraires (12 heures à CHF 250.-), CHF 50.- au titre de frais et CHF 234.85 au titre de la TVA (7.7%). Enfin, l'indemnité doit être réduite de moitié compte tenu de la seule admission partielle du recours.

Fixée à CHF 1'525.-, plus CHF 117.45 au titre de la TVA (7.7%), l'indemnité de partie est mise à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

5.3. Parallèlement à son recours, la recourante a demandé (605 2019 39) à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale et à ce que son mandataire soit désigné défenseur d'office.

Au vu de sa situation financière et compte tenu des chances manifestes de succès de son recours, lequel a été partiellement admis, la recourante peut se voir reconnaître le droit (605 2019 39) à l'assistance judiciaire gratuite pour ses frais de défense. Me Philippe Corpataux, avocat, peut dès lors être désigné défenseur d'office.

Au tarif de l'assistance judiciaire, l'indemnité du défenseur désigné est fixée ex aequo et bono à un montant total de CHF 2'380.15, à savoir à CHF 2'160.- au titre d'honoraires (12 heures à CHF 180.-), CHF 50.- au titre de frais et CHF 170.15 au titre de la TVA (7.7%).

Ce montant est réduit de moitié et correspond à la partie non couverte par l'indemnité de partie.

Fixée à CHF 1'105.-, plus CHF 85.10 au titre de la TVA (7.7%), l'indemnité du défenseur désigné est mise à la charge de l'Etat de Fribourg.

5.4. En application du principe de la gratuité prévalant en la matière, cette décision est rendue sans frais de justice.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

I. Le recours (605 2019 38) est partiellement admis.

Partant, La décision sur opposition litigieuse est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire, confiée à un médecin externe, quant aux problématiques en lien avec le genou gauche. Pour le surplus, la décision sur opposition est confirmée.

II. L'indemnité de partie allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 1'642.45, dont CHF 107.80 au titre de la TVA (7.7%), et mise à la charge de l'autorité intimée.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

IV. La demande (605 2019 39) d'assistance judiciaire gratuite est admise et Me Philippe Corpataux désigné défenseur d'office.

V. L'indemnité du défenseur désigné est fixée à CHF 1'190.10, dont CHF 85.10 au titre de la TVA (7.7%), et mise à la charge de l'Etat de Fribourg.

VI. 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 14 novembre 2019/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :