



**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

608 2018 266

Arrêt du 19 novembre 2019

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Johannes Frölicher
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux
Greffier-rapporteur : David Jodry

Parties

A. _____, recourante, représentée par Procap

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité

Recours du 23 octobre 2018 contre la décision du 28 septembre
2018

considérant en fait

A. L'assurée, née en 1972, mariée, mère de deux enfants désormais majeurs, a effectué son école primaire puis un baccalauréat "général", non sanctionné cependant d'un diplôme, au Maroc, ce jusqu'en 1996. A la fin de cette année-là, elle entra en Suisse, indiquant avoir été active de 1998 à 1999, année de naissance de ses jumeaux, en qualité d'aide de cuisine à 100%. Cependant, son extrait de compte individuel confirme le salaire brut mensuel de CHF 1'400.- qu'elle a articulé (environ CHF 1'648.- pour la période de janvier à septembre 1998; CHF 826.- versés en février 1999). Hormis une activité très ponctuelle et pour un revenu peu important (nettoyage de vitres pour une commune), durant les étés 2014 et 2015, elle n'a exercé aucune activité professionnelle par la suite, bien qu'alléguant avoir fait de multiples recherches pour cela depuis 2015, avant de devoir y renoncer vu son état de santé.

Le 24 juillet 2017, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), expliquant être en incapacité de travail totale depuis le 12 février 2016 et souffrir, dès fin 2015, d'une grave dépression, et depuis le 9 juin 2017, de vertiges survenant 2 à 3 fois par semaine.

Le 28 juin 2018, l'OAI a clos la phase d'intervention précoce. Le 7 août 2018, il a indiqué projeter le refus de mesures d'ordre professionnel et de rente d'invalidité, ce à quoi objecta l'assurée le 21 du même mois. Le 3 septembre 2018, l'Office lui a demandé, eu égard à cette opposition, des attestations médicales de ses médecins traitants étayant sa situation médicale, ses limitations fonctionnelles dans une activité professionnelle et sa capacité de travail résiduelle.

Par décision du 28 septembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI de l'assurée, considérant qu'aucune nouvelle pièce au dossier n'a été produite, qui permettrait de revenir sur son projet, et que le dossier et ses diverses investigations montraient qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante.

Suite à la réception d'un courrier d'un médecin traitant, du 3 octobre 2018, l'OAI écrivit à l'assurée, le 18 du même mois, que cette pièce avait été reçue trop tardivement pour être prise en compte comme objection au projet; si elle entendait recourir contre la décision attaquée, elle devait le préciser. Sinon, il lui était conseillé de continuer le suivi auprès de ses médecins qui exploraient les propositions thérapeutiques à lui formuler; à défaut d'un résultat encourageant, il lui était suggéré de déposer alors une nouvelle demande, avec justificatif des médecins comme preuve d'une aggravation de l'état de santé.

B. Contre la décision susmentionnée, l'assurée recourt auprès du Tribunal cantonal, le 23 octobre 2018, concluant implicitement à son annulation. Elle fait valoir être toujours en incapacité totale de travail, médicalement attestée depuis février 2016, avoir consulté récemment plusieurs médecins, dont les avis médicaux ont été ou sont produits, et qu'il était inapproprié pour l'OAI d'avoir statué sans examen complémentaire et sans tenir compte de l'incapacité de travail de 100% présente depuis 43 mois.

Le 27 novembre 2018, elle s'acquitte de l'avance de frais de CHF 800.- requise.

C. Dans ses observations du 8 janvier 2019, accompagnées d'un avis de son Service médical régional (SMR), du 7 du même mois, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la

décision attaquée. Pour l'Office, des facteurs extra-médicaux imprègnent ce dossier. Ensuite, seul un spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) a retenu une incapacité de travail, de courte durée, sans aucune anamnèse, en reprenant les dires de l'assurée quant à un curetage du tympan en 2004, et sans se prononcer sur ses limitations fonctionnelles. Les autres incapacités de travail de longue durée ont été le fruit des médecins traitants non spécialistes en la matière, de façon non probante. Au vu de la faiblesse des constats médicaux objectifs présents au dossier et de facteurs extra-médicaux et réactionnels influençant fortement les appréciations des médecins traitants, de nouveaux examens médicaux ou des expertises paraissent inutiles. Il faut conclure à une absence d'atteinte invalidante. De plus, même si une telle atteinte durable existait, il faudrait alors constater que l'assurée ne s'est pas conformée à son obligation de réduire son dommage sur le plan du traitement.

D. Dans son mémoire complémentaire déposé par son représentant le 22 mars 2019, l'assurée conclut, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'annulation de la décision et à la constatation de ses droits à des prestations AI, et, subsidiairement, au renvoi du dossier pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. La réquisition de preuve figurant dans le recours, ce par quoi le représentant paraît se référer à la mise en œuvre d'un examen médical complémentaire, est maintenue. Il est soutenu que l'OAI n'a pas été de bonne foi, que sa décision est intervenue très rapidement après son courrier du 3 septembre 2018, que son appréciation médicale ne peut être suivie, qu'il disposait de rapports médicaux utiles, et que l'instruction du dossier n'a pas été suffisante. Les rapports de trois praticiens certifiant une incapacité de travail, peut-être perfectibles, ne pouvaient néanmoins être sans autre écartés, en tous les cas pas par un avis sommaire du SMR. L'Office devait demander une nouvelle fois les rapports médicaux, en avertissant l'assurée des conséquences d'une absence de production, ou à défaut mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire.

Le 8 avril 2019, l'OAI indique ne pas avoir de remarques particulières à formuler suite à ce rapport et maintenir ses conclusions.

Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants de droit du présent arrêt.

en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales par une assurée, dûment représentée, directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable.

2.

2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

2.2. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

2.3. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré doit, conformément à l'art. 7 al. 1 LAI, entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). C'est la consécration du principe de la réadaptation par soi-même, laquelle prime notamment le droit à la rente. Dans cette mesure, l'assuré doit en particulier recourir à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé; il est tenu également de saisir toute possibilité de trouver, d'accepter ou de conserver une activité lucrative adaptée à son invalidité (cf. VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n. 1256 s.). Singulièrement, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 al. 1 seconde phrase LPGA).

2.4. 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 LPGA) 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).

3.

Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'AI.

3.1. Figurent au dossier les pièces médicales suivantes:

Les indications données le 25 octobre 2017 (dos. OAI p. 27) par le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, médecin traitant, relatant les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'état anxio-dépressif, ainsi que de maladie de Ménière avec surdité de type mixte. L'incapacité de travail est de 100% dès le 12 février 2016 en tant que mère de famille et ménagère. Un suivi par un médecin ORL existe également.

Dans son rapport du 4 avril 2018 (dos. OAI 37), le Dr C._____, spécialiste ORL suivant l'assurée depuis le 3 juillet 2017, à une fréquence actuelle de chaque trois mois, indique que le médecin traitant (le Dr B._____), qui vient de prendre sa retraite, a attesté d'une incapacité de travail de 100% jusqu'au 18 mars 2018 (date de début inconnue du spécialiste ORL). Lui-même l'atteste, au même taux, du 19 mars au 22 avril 2018. La patiente souffre d'une maladie de Ménière évoluant depuis juin 2017 et diagnostiquée en août de cette année-là. Actuellement, elle présente une surdité complète à droite et des crises de vertige en diminution mais presque quotidiennes, 1-2 fois par jour, d'une durée de 60-90 min. Son status otoneurologique est dans les normes en dehors des crises, sauf la surdité complète. Le praticien indique qu'il est possible que l'on rentre dans une période de rémission dans les mois qui suivent, mais souligne qu'il est très difficile de prédire l'évaluation clinique. La patiente ne va sûrement pas récupérer l'audition mais un appareillage est possible. Elle a un traitement de bétahistine. Si les vertiges persistent, des injections transtympaniques peuvent être proposées, et des options chirurgicales sont possibles par la suite. Le praticien explique ne pas connaître la situation professionnelle et renvoie pour toutes les questions y relatives au médecin traitant. Il ajoute cependant que les activités sont fortement limitées durant les crises qui surviennent de manière irrégulière et soudaines, crises néanmoins en diminution actuellement.

Dans son avis du 3 août 2018 (dos. OAI 43), le SMR, Dr D._____, spécialiste en anesthésiologie, relate la maladie de Ménière présentée depuis 2017 avec surdité complète à droite et des crises de vertige en diminution. Le début de l'incapacité de travail aurait été attesté par le médecin traitant, "dont aucun rapport ne figure au dossier". Sur la base, toujours selon lui, de la seule pièce médicale au dossier, soit celle du médecin ORL attestant une incapacité jusqu'au 22 avril 2018, il n'y a pas d'incapacité de travail permanente ou durable au sens de l'AI. Il relève que la méthode de calcul du degré d'invalidité n'a pas été définie.

Dans son courrier du 3 octobre 2018 (dos. OAI 58), le Dr E._____, spécialiste en médecine interne générale, assurant le suivi de l'assurée depuis le 19 juin 2018, ensuite de la retraite du Dr B._____, indique que sa patiente souffre d'une maladie de Ménière extrêmement invalidante accompagnée, dans le cadre des crises vertigineuses, d'un syndrome anxieux augmentant de manière notoire le tableau clinique. Elle est suivie de façon concomitante par le Dr C._____ et lui-même; ils ne sont pas au bout des propositions thérapeutiques pouvant être formulées, et il semble prématuré de décider à présent sur son degré d'invalidité. Mais à l'heure actuelle, une activité professionnelle est totalement exclue en raison de la fréquence et de l'intensité des crises vertigineuses. En accord avec le spécialiste ORL, un nouveau traitement tablant de manière parallèle tant sur le problème psychologique que sur sa maladie de Ménière clairement diagnostiquée va être introduit. Une consultation en urgence pour une crise vertigineuse, le 6 septembre 2018, est rapportée.

Dans son attestation du 22 octobre 2018 (dos. OAI 74) produite avec le recours, le Dr F._____, spécialiste en anesthésiologie et médecine intensive, indique que l'assurée l'a consulté en urgence

le 18 septembre 2018 (du fait de vacances de son généraliste?) pour un problème de vertiges rotatoires, et le traitement donné.

Dans son rapport du 15 octobre 2018 (dos. OAI 75, également produit avec le recours), le Dr G._____, spécialiste en neurologie, qui a vu l'assurée à la demande d'un autre généraliste traitant que le Dr E._____, reprend le diagnostic de maladie de Ménière posé, qui explique le vertige rotatoire chez une patiente autrement en bonne santé. L'examen mené n'a montré aucune affection neurologique ou vasculaire, et le spécialiste n'a pas de proposition particulière à formuler (dans son domaine).

Dans son avis du 7 janvier 2019, le SMR, Dr D._____, auquel la pièce médicale du Dr H._____ susmentionnée a été soumise, indique que celle-ci ne fournit aucune information clinique quant aux crises vertigineuses (fréquence, intensité, durée, symptômes d'accompagnement, chutes), ni quant au "syndrome anxieux" (diagnostic exact, etc.). Le Dr H._____ relate clairement qu'il existe encore des possibilités thérapeutiques et qu'il est prématuré de statuer sur une invalidité. Pour le SMR, les renseignements fournis permettent de déduire, sans équivoque, que l'état de santé n'est pas stabilisé et susceptible d'amélioration par les traitements non encore proposés à l'assurée. En conclusion, les renseignements au dossier sont insuffisants pour définir des limitations fonctionnelles et une exigibilité médicale conforme aux principes de la médecine d'assurance, l'état de santé n'est pas stabilisé et susceptible d'amélioration, les ressources thérapeutiques n'étant pas épuisées, et le début de l'incapacité de travail n'est toujours pas médicalement attesté au dossier.

3.2. La Cour souligne d'abord que dans une procédure de première demande de prestations, indépendamment de l'obligation de collaboration de l'assuré, il revient au premier chef à l'administration de clarifier l'état de santé et l'éventuelle incapacité de travail de celui-ci, conformément au principe de l'instruction d'office. La situation n'est à cet égard pas semblable à celle d'une nouvelle demande de prestations.

Ici, si l'OAI considérait qu'une incapacité de travail permanente ou durable ne ressortait pas du dossier, faute de pièce l'attestant, il convenait, au vu des circonstances (en particulier: mentions dans la demande de prestations des atteintes que l'assurée alléguait connaître, et depuis quand, des médecins la suivant, et d'une incapacité de travail totale attestée depuis le 16 février 2016; le rapport du spécialiste ORL indiquait en outre que le généraliste traitant venait de prendre sa retraite; cf. également *infra*), qu'il s'adresse à l'assurée pour se renseigner quant à son suivi actuel, et à ses médecins s'agissant de l'obtention des précisions nécessaires.

Dans cette mesure, le courrier de l'OAI du 3 septembre 2018 requérant de l'assurée la production de pièces médicales étayant sa situation médicale, ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail résiduelle, pose problème. D'autant que si le projet de décision donnait un délai pour présenter des objections (échéant le 14 septembre 2018), le courrier précité, non notifié en courrier prioritaire, n'en contenait aucun. Rendre une décision une vingtaine de jours après la réception plausible de ce courrier heurte dans une certaine mesure tant le principe de l'instruction d'office que le droit d'être entendu. En tout état de cause, il n'y avait pas ici une impossibilité de preuve dont l'assurée devrait supporter les conséquences quant à sa demande de prestations.

Ensuite, la Cour relève que contrairement à ce qu'ont retenu l'OAI et son SMR, plusieurs éléments du dossier, dont des pièces médicales, contiennent l'allégation d'une incapacité de travail déterminante au sens de la loi et depuis quand – sans qu'il faille ici se prononcer plus avant sur le

bien-fondé de ces appréciations (médicales). Conformément à ce qu'avait annoncé l'assurée dans sa demande de prestations, le Dr B. _____ a, sur demande de l'OAI, mentionné l'existence d'une incapacité de travail totale dans l'activité de mère de famille et du ménage, depuis le 12 février 2016, et les deux atteintes à la santé la fondant selon lui. Si l'OAI considérait ces indications comme insuffisantes, notamment quant à l'évolution de la capacité de travail (cf. rapport INTAKE du 1^{er} août 2017, dos. OAI 29, ch. 12), il lui était loisible de demander des précisions, cas échéant auprès du nouveau généraliste traitant.

Il en allait de même s'agissant des précisions données par le médecin ORL en octobre 2017, toujours selon ce même rapport INTAKE, selon lesquelles l'assurée subissait, lors de ses crises, des vertiges aigus rotatoires, pouvant durer des heures, clairement problématiques et rendant toute activité professionnelle très difficile. Il y avait en outre une surdité presque complète à droite. Le praticien ne se prononçait pas quant à l'évolution de la capacité de travail, en relevant qu'aucune amélioration n'avait pour le moment été constatée malgré le traitement médicamenteux mis désormais en place. Si le Dr C. _____ a indiqué dans son rapport du 4 avril 2018 ne pas connaître le début de l'incapacité de travail de 100% attestée par le Dr B. _____, il précisait que ce dernier l'avait attestée jusqu'au 18 mars 2018. Et si lui-même la retenait, au même taux, uniquement entre le 19 mars et le 22 avril 2018, cela paraît seulement dû à la retraite que venait de prendre le généraliste traitant, qui attestait jusqu'alors les incapacités (voire du fait d'un rendez-vous proche de cette dernière date). Outre que, là encore, des précisions pouvaient lui être demandées, voire un nouveau rapport requis ultérieurement pour déterminer notamment l'évolution intervenue, il est manifeste que le praticien ne considérait pas que dès le 23 avril 2018, aucune incapacité de travail n'existerait plus (ou à un taux moindre). Ce taux d'incapacité est en effet énoncé malgré une diminution des crises de vertiges causés par la maladie de Ménière déjà observée. Diminution, et non disparition, la survenance d'1 à 2 crises presque chaque jour, d'une durée de 60 à 90 minutes, étant rapportée. Une période de rémission n'est en outre qualifiée que de possible, et non immédiatement, mais dans les mois qui suivent. Et le praticien souligne la très grande difficulté de prédire l'évolution. Il relève aussi qu'en cas de persistance des vertiges, différents autres traitements pourront être encore explorés. S'il ne se prononce pas davantage quant à la capacité de travail, il écrit que les activités sont fortement limitées durant les crises survenant de façon soudaine et irrégulière.

La détermination du Dr E. _____, qu'il se justifie, au vu des circonstances et de son contenu, de prendre en considération ici, même si postérieure à la décision attaquée, à l'instar de ce que fit d'ailleurs l'OAI, s'inscrit dans le tableau relevé ci-dessus. Au reste, l'avis du SMR du 7 janvier 2019, s'il est toujours erroné quant à une absence d'indication médicale du début de l'incapacité de travail, peut être suivi quant à une insuffisance des renseignements médicaux au dossier pour se prononcer, et au fait que l'état de santé n'est pas stabilisé et devrait donner lieu à des investigations. Etant à cet égard rappelé l'examen d'office auquel doit, cas échéant, procéder l'OAI quant aux possibilités de réadaptation avant de se prononcer sur le droit à la rente.

Au vu du dossier et de tout ce qui précède, la Cour retient qu'elle n'est pas en mesure de statuer en toute connaissance de cause sur la demande de prestations AI de l'assurée. Partant, et sans devoir se prononcer ici sur l'argumentaire présenté dans les observations, il se justifie de renvoyer le dossier à l'OAI pour qu'il mette en œuvre toute mesure d'instruction nécessaire, puis rende une nouvelle décision.

4.

Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, seront mis à la charge de l'OAI, qui succombe. L'avance de frais de CHF 800.- sera restituée à la recourante après l'entrée en force du présent arrêt.

Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de partie (cf. art. 61 let. g LPG) qui sera fixée, eu égard à la liste de frais du 15 novembre 2019, à CHF 1'117.45, soit CHF 1'029.15 d'honoraires (8h55 x CHF 130.-, et non CHF 250.-; cf. arrêts TF 9C_415/2009 du 12 août 2009 et 9C_688/2009 du 19 novembre 2009), plus CHF 8.40 de débours (frais de copies à CHF 0.40/pièce et non CHF 1.- [art. 9 al. 2 Tarif JA]), et CHF 79.90 au titre de la TVA à 7.7%, indemnité intégralement mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité, qui succombe.

la Cour arrête :

I. Le recours est admis.

Partant, la décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. L'avance de frais de CHF 800.- de la recourante lui sera restituée dès l'entrée en force de cet arrêt.

III. L'indemnité de partie allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 1'117.45, soit CHF 1'029.15 d'honoraires, plus CHF 8.40 de débours, ainsi que CHF 79.90 de TVA, indemnité intégralement mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.

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 19 novembre 2019/djo

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :