

GE_GERICHTE A/1601/2025 vom 9. September 2025

GE Cour de justice, 2025-09-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1601_2025

FR: GE_GERICHTE A/1601/2025 du 9 septembre 2025

IT: GE_GERICHTE A/1601/2025 del 9 settembre 2025

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7 e jour avant Pâques au 7 e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 24 mars 2025 ayant refusé l'octroi de prestations, au motif de l'absence de lien de causalité entre la piqûre de tique du 23 mai 2024 et les atteintes à la santé présentées par la recourante.

E. 3.1

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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 (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). 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 (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause

unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. 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 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

E. 3.2

Entre autres prestations de l'assurance-accidents, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière qui naît le troisième jour qui suit celui de l'accident et qui s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 1 et 2 LAA). Conformément à l'art. 10 al. 1 LAA, le droit au traitement comprend notamment le traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même que le traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital (let. a) et les médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b).

E. 3.3

Dans un arrêt de principe (ATF 122 V 230), le Tribunal fédéral a considéré que les morsures de tiques remplissaient toutes les caractéristiques d'un accident. Se référant à la littérature médicale, il a indiqué que l'agent causal de la maladie de Lyme est un spirochète, le *Borrelia burgdorferi* isolé en 1982 sur la tique et en 1983 chez les patients atteints par cette maladie. Transmis à l'homme lors de la morsure d'une tique du genre *Ixodes*, un acarien hématophage, ce micro-organisme spiralé appartient à la famille des spirochètales. La maladie de Lyme est une infection évoluant comme la syphilis en trois grandes phases séparées par des périodes d'accalmie. Les signes sont très polymorphes (cutanés, cardiaques, ostéo-articulaires, neurologiques), isolés ou associés entre eux. Le début de la maladie a lieu entre mai et octobre, période d'activité des arthropodes en milieu tempéré. À partir du point d'inoculation, le germe est responsable d'une lésion cutanée, « érythème chronique migrant » – ou érythème de Lipschütz. Cette lésion survient entre trois et trente jours après la piqûre de tique. Les complications secondaires et tertiaires sont très polymorphes et trompeuses d'autant que 70% des patients ont oublié la piqûre de tique et la lésion cutanée qui a suivi : poussées d'oligoarthrite (troubles articulaires isolés) ; arthrite chronique ; troubles de la conduction cardiaque (bloc auriculo-ventriculaire) ; méningite lymphocytaire ; paralysie faciale périphérique ; paralysie des membres, encéphalite, myélite ; acrodermatite chronique atrophiante, etc. (ATF 122 V 230 consid. 2a et les références).

Même si une morsure de tique doit être qualifiée d'accident, des règles particulières doivent en pratique être observées quant à la causalité naturelle. Un contact avec l'agent pathogène de la borréliose, confirmé par des examens sérologiques, ne suffit pas pour conclure à une maladie de Lyme. Le diagnostic d'une borréliose de Lyme, quel que soit son stade, présuppose la présence de symptômes cliniques correspondants et l'exclusion de diagnostics différentiels (arrêt du Tribunal fédéral 8C_390/2022 du 7 septembre 2022 consid. 3 et les références).

E. 3.4

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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. Étant 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 351 consid. 3b/ee). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les

références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 3.5

Le juge des assurances sociales 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, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. 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 et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

E. 3.6

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée

complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 4.1

En l'espèce, se fondant sur l'appréciation de son médecin d'assurance, l'intimée a refusé de prendre en charge le cas, au motif que le lien de causalité entre la piqûre de tique et les symptômes présentés par la recourante n'était pas donné. À juste titre, l'existence d'un accident est reconnue, une morsure de tique remplissant les éléments constitutifs d'un tel événement au sens de la jurisprudence. Il y a par conséquent lieu d'examiner la force probante de l'avis du Dr C_____ du 9 août 2024 concernant la causalité naturelle.

E. 4.2

La chambre de céans observe tout d'abord que le médecin précité s'est prononcé après avoir pris connaissance de l'intégralité du dossier, qu'il a pris position sur l'ensemble des précédents avis médicaux et a intégré à son analyse les résultats sérologiques et d'immunoblot. Son appréciation est par ailleurs motivée, en ce sens qu'il détaille les raisons pour lesquelles il estime que la recourante n'a pas été infectée par la maladie de Lyme et s'écarte de l'avis de la Dre B_____. Sur le plan formel, son appréciation apparaît ainsi convaincante.

E. 4.3

Il reste à déterminer si, sur le fond, elle peut être approuvée. En premier lieu, il peut être constaté que le diagnostic de la Dre B_____ de probable maladie de Lyme précoce traitée adéquatement se fonde lui aussi sur les résultats des analyses biologiques. Elle indique à ce propos que le bilan sérologique ne permet pas avec certitude de poser un diagnostic précis, mais que la présence d'IgM positifs *Borrelia*, confirmés à l'immunoblot, sans apparition à ce stade d'IgG, traduit une probable infection récente en cours de séroconversion. Cette affirmation s'écarte de manière essentielle de l'appréciation du Dr C_____ qui ne retient pas le caractère concluant (au sens de positif à la *Borrelia*) des analyses sérologiques ou de l'immunoblot. Si, certes, à la lecture des résultats des analyses biologiques, la conclusion de la Dre B_____ ne paraît pas évidente pour un non-spécialiste au vu de ce que les tests réalisés tant en France qu'en Suisse n'aboutissent pas au diagnostic de *Borrelia*, une erreur de la précitée quant à la présence d'IgM paraît peu probable compte tenu de sa spécialisation en infectiologie et de sa pratique en la matière. Il sied également de souligner que le rapport d'analyses du liquide céphalorachidien indique, en tant que commentaire des résultats, qu'une broad-range PCR négative n'exclut pas une infection bactérienne, de sorte qu'une précision absolue ne semble pas devoir découler des résultats des analyses biologiques. Le Centre de référence pour les maladies transmises par les tiques (ci-après : CNRT) indique par ailleurs que « [l]a détection directe des borrelies par réaction en chaîne par polymérase (PCR) a une sensibilité variable en fonction du stade de la maladie et du type d'échantillon » (<https://swissticks.ch/fr/pathogenes/borrelia-burgdorferi-s-l-maladie-de-lyme/>). Quant aux résultats qui peuvent être tirés de la sérologie, la littérature mentionne que la séroconversion a lieu trois à cinq semaines après l'infection pour les IgM et après six à huit semaines pour les IgG ; on peut de plus avoir des tests faussement négatifs lorsque la séroconversion n'a pas encore eu lieu (notamment en cas d'érythème migrant) ou lorsqu'une antibiothérapie a été instaurée précocement après l'infection (Rainer WEBER, John EVISON, Christoph

AEBI, Stefan ZIMMERLI, Patrick FRANCIOLI, Olivier PÉTER et Stefano BASSETTI, Borréliose de Lyme 1 ère partie : épidémiologie et diagnostic, in Revue médicale suisse du 5 avril 2006 ; <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2006/revue-medicale-suisse-60/borreliose-de-lyme-1ere-partie-epidemiologie-et-diagnostic>). Il aurait ainsi été judicieux que l'intimée interroge plus précisément la Dre B_____ sur son diagnostic et lui demande de motiver son constat d'IgM positifs ou, à tout le moins, que son service médical se prononce expressément sur cette dernière affirmation et examine les résultats biologiques au regard de leurs paramètres de variabilité, des délais de séroconversion et de la prise de doxycycline depuis le 9 juin 2024. S'agissant, en second lieu, des éléments cliniques de la maladie, il faut admettre que les explications du Dr C_____ coïncident avec celles des médecins urgentistes des HUG et avec l'avis du médecin de garde en infectiologie, qui ne retiennent pas que les symptômes présentés sont compatibles avec une maladie de Lyme. La Dre B_____ ne s'est quant à elle pas prononcée sur cet aspect. En tant que médecin employée des HUG, il est cependant probable qu'elle ait eu accès au dossier de la recourante et au rapport de consultation des urgences ambulatoires, de sorte qu'elle a selon toute vraisemblance eu connaissance de la symptomatologie présentée par la recourante. Cependant, un doute subsiste à cet égard et il paraît donc nécessaire de préciser si les symptômes présentés par la recourante dans les jours ayant suivi la piqûre de tique, notamment l'absence d'un érythème migrant, étaient exclusifs de cette maladie, ou si certaines similitudes avec les symptômes typiques permettent néanmoins de poser un diagnostic en ce sens. Par ailleurs, la chambre de céans constate que l'évaluation du service médical n'est pas claire sur la question d'un éventuel diagnostic différentiel à la maladie de Lyme. À cet égard, le Dr C_____ a relevé « un large diagnostic différentiel d'autres maladies infectieuses entrant en ligne de compte » justifiant d'après lui l'exclusion d'une borréliose, en sus des aspects cliniques et biologiques. Cette expression ne permet pas de comprendre s'il envisage des maladies infectieuses ne découlant pas d'une piqûre de tique, ou d'autres pathologies induites par cet acarien. Mis à part l'anaplasmose, le médecin d'assurance ne se prononce en effet pas sur d'autres infections possibles, ensuite d'une piqûre de tique. Or, il est scientifiquement admis qu'une tique peut être porteuse de différents pathogènes, dont les plus connus sont *Borrelia burgdorferi* sensu lato et le virus de la méningo-encéphalite verno-estivale (FSME). C'est la raison pour laquelle les guidelines de la Société suisse d'infectiologie (ci-après : SSI) recommandent de considérer les diagnostics différentiels, soit la FSME, l'ehrlichiose, la babésiose, la rickettsiose et la tularémie (guideline de la SSI intitulée « Borréliose, Maladie de Lyme », consultable sous : <https://ssi.guidelines.ch/guideline/2274/fr>). De plus, en l'occurrence, le rapport du service des urgences des HUG mentionne expressément le fait que la présentation clinique de la recourante était compatible avec une rickettsiose, laquelle, selon les informations données par le CNRT, est due à un pathogène distinct de celui de l'anaplasmose ou de l'ehrlichiose (<https://swissticks.ch/fr/pathogenes/>). Compte tenu de ce qui précède, le Dr C_____ devait aussi se prononcer sur une éventuelle infection due à un autre pathogène véhiculé par les tiques et examiner avec précision le diagnostic différentiel de rickettsiose. Au surplus, dans une situation telle que celle du cas d'espèce impliquant une controverse médicale au sujet de l'établissement du diagnostic, la jurisprudence citée par l'intimée retenant une force probante moindre des rapports des médecins traitants doit être nuancée. La Dre B_____, qui, comme le relève la recourante, ne l'a vue qu'à une occasion et n'assumait pas un mandat thérapeutique à proprement parler mais avait pour mission de pister l'évolution de l'infection, ne s'est en effet pas prononcée sur des questions faisant appel à un certain

pouvoir d'appréciation – typiquement, l'analyse de la capacité de travail du patient – mais a évalué la situation diagnostique au regard de ses connaissances spécifiques. On ne saurait par conséquent écarter son appréciation du fait qu'elle a été consultée par la recourante, au motif de la relation de confiance l'unissant à cette dernière. Au demeurant, il suffit de constater que l'instruction menée par l'intimée a seulement consisté à recueillir l'avis de son médecin-conseil et que, dans ce genre de constellations, les exigences vis-à-vis des évaluations du service médical de l'assurance sont élevées. En l'absence d'expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est en effet soumise à des exigences sévères ; s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (cf . consid. 3.3 supra).

E. 4.4

En définitive, au vu des appréciations médicales contradictoires au dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer au degré de la vraisemblance prépondérante sur l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre la piqûre de tique et l'état de santé de la recourante et, partant, sur l'obligation de prester de l'intimée. S'agissant d'une question médicale complexe nécessitant des connaissances spécifiques (en ce sens, cf . arrêt du Tribunal fédéral 8C_586/2017 du 20 décembre 2017 consid. 5.3), il est nécessaire de mettre en œuvre une expertise en infectiologie. La cause sera ainsi renvoyée à l'intimée afin qu'elle mandate un expert infectiologue, charge à ce dernier de se prononcer sur la question litigieuse de la causalité au regard de l'ensemble des pièces et des appréciations médicales au dossier, le cas échéant après avoir sollicité des précisions complémentaires de la Dre B_____ quant à sa lecture des résultats biologiques, et après avoir analysé d'éventuels diagnostics différentiels à la maladie de Lyme. Au vu de l'instruction lacunaire de l'intimée et de ce que, suivant le résultat de l'expertise, elle devra également se prononcer sur les prestations à allouer, un renvoi à l'autorité intimée doit être préféré à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

E. 5

Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 24 mars 2025 sera annulée. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGA a contrario). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**

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