

VD_GERICHTE ZA15.026415 vom 6. Dezember 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-12-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA15.026415

FR: VD_GERICHTE ZA15.026415 du 6 décembre 2019

IT: VD_GERICHTE ZA15.026415 del 6 dicembre 2019

Erwägungen

E. 2

a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'intimée au-delà du 7 septembre 2014.

- 16 -

E. 3

Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1er janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

E. 4

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, 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. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et réf. cit.).

- 17 - Le seul 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 ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1). c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et réf. cit.). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et réf. cit. ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3). d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire

- 18 - (statu quo sine). A l'inverse, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et réf. cit.). e) Lorsque 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 une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prêter (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206). Si le principe inquisitoire (art. 43 et 61 let. c LPGa) dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : 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 (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 124 V 372 consid. 3 in fine ; TFA U 316/00 du 22 mars 2001

consid. 1b). Cette règle du fardeau de la preuve entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b in fine ; TF 9C_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3 ; 8C_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4 ; U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34). Dans cette mesure, le fardeau de la preuve revient en principe à l'assuré en ce qui concerne la question de savoir si les conditions qui confèrent un droit aux prestations sont remplies (all. : « anspruchsbegründende Tatfrage »). Par contre, dans

- 19 - le contexte de la suppression du droit aux prestations qui, dans un premier temps, avait été établie, le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, donc à l'assureur et non pas à l'assuré (all. : « anspruchsaufhebende Tatfrage » ; TF U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34 ; U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75). Dans le cadre d'une suppression du droit aux prestations, la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 8C_423/2014 du 31 mars 2015 consid. 4.2 et réf. cit.).

E. 5

Début des troubles compatible avec l'évolution de la borréliose de Lyme ; c'est-à-dire début des symptômes pendant la borréliose de Lyme aiguë ou immédiatement après, généralement dans les six mois après le début documenté et étayé de la borréliose de Lyme ;

E. 6

Des signes objectifs au status clinique général ou neurologique ne constituent pas un critère préalable au diagnostic ;

E. 7

Exclusion systématique et exhaustive d'autres maladies neurologiques, rhumatologiques ou autres ;

E. 8

Exclusion de maladies psychiatriques ou d'un état obsessionnel. 6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une

- 21 - appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 du dossier (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 bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 7. a) En l'espèce, l'intimée a supprimé ses prestations avec effet au 7 septembre 2014 pour les suites de la morsure de tique subie par la recourante. Elle a donc octroyé à cette dernière des prestations pour les suites de la morsure de tique jusqu'au 6 septembre 2014, retenant ainsi l'existence d'un lien de causalité entre les atteintes prises en charge et

- 22 - ladite morsure. Partant, pour que l'intimée soit déliée de son obligation de prester, la disparition du caractère causal de la morsure de tique eu égard aux atteintes à la santé de l'intéressée devait être établie au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 4e supra). a) Sur ce point, l'intimée a estimé que les suites de la morsure de tique s'étaient rapidement amendées. Pour l'essentiel, elle s'est fondée sur le rapport du 28 janvier 2015 de son médecin-conseil, le Dr Z._____. Ce médecin a dans un premier temps reconnu que la sérologie était positive pour la borréliose en juillet 2014. Il ressort effectivement du rapport de sérologie du 22 septembre 2014 de l'E._____ que les marqueurs « Borrelia burgdorferi IgG », « Borrelia IgG anti-VLSE » et « Borrelia burgdorferi IgM » étaient positifs ensuite d'analyses sanguines effectuées le 22 juillet 2014. Le Dr Z._____ a cependant retenu que l'évolution avait été favorable après deux semaines de traitement par Co- Amoxicilline, précisant en outre que la sérologie du 12 septembre 2014 s'était « négativée ». Tout d'abord, force est de constater qu'il n'est pas possible de trouver le document sur lequel le Dr Z._____ se serait fondé pour affirmer que la sérologie ne mettait plus en évidence de marqueurs en lien avec la borréliose le 12 septembre 2014. En effet, les seuls résultats d'analyses sérologiques menées à cette date au dossier ressortent du rapport du 22 septembre 2014 de l'E._____ et ne portent pas sur les marqueurs relatifs à la borréliose. En revanche, les résultats des tests sérologiques effectués le 2 septembre 2014 montraient encore, certes dans une moindre mesure, des marqueurs positifs pour « Borrelia burgdorferi IgG » et « Borrelia IgG anti-VLSE » (cf. rapport du 9 septembre 2014). Les tests du liquide céphalo-rachidien effectués le même jour mettaient également en avant le marqueur « Borrelia burgdorferi IgG », sans qu'il en soit indiqué la valeur de référence. Le Dr Z._____ a cependant estimé que le résultat de cette ponction lombaire permettait d'exclure une borréliose (cf. rapport du 28 janvier 2015), sans plus amples développements. S'agissant des atteintes de la recourante, le Dr Z._____ s'est focalisé sur les « troubles visuels avec douleurs orbitaires », mentionnant qu'une « neuropathie optique droite d'origine probablement glaucomateuse » avait été mise en évidence par le

- 23 - Dr W._____, pour conclure qu'au vu des résultats des analyses sanguines et du liquide céphalo-rachidien, une atteinte neuro-ophtalmique liée à la maladie de Lyme ne

pouvait être reconnue et restait uniquement une possibilité. On comprend du rapport susmentionné que, pour arriver à sa conclusion, le Dr Z._____ s'est fondé sur le rapport du 6 novembre 2014 des Drs B._____, X._____ et V._____. Ceux-ci ont posé le diagnostic principal de possible érythème migrant (maladie de Lyme), traitée en juillet 2014. Il ressort de leur rapport que ces médecins, à l'aune notamment des analyses sérologiques et ponction lombaire alors effectuées, ont considéré qu'une atteinte neurologique (rétinienne) chez la recourante ne pouvait pas avoir une origine infectiologique (maladie de Lyme). Il y a tout d'abord lieu de relever que les Drs B._____, X._____ et V._____, à l'instar du Dr Z._____, n'ont pas discuté des autres atteintes de l'intéressée et du fait que la maladie de Lyme pourrait les expliquer. Pourtant, dans leur propre rapport du 6 novembre 2014, ces médecins ont notamment indiqué que la recourante avait rapporté des pertes de mémoires, une sensation de gonflement de la langue, puis un acouphène depuis fin septembre 2014. Déjà dans son rapport du

E. 10

septembre 2014, le Dr D._____ avait notamment mentionné des malaises, un sentiment de perte de connaissance imminente et des troubles mnésiques. L'intéressée a en outre fait état, dans son recours, de la présence de nombreuses atteintes dont elle souffrirait toujours. Ensuite, le rapport du 6 novembre 2014, à l'instar de celui du Dr Z._____, souffre d'un manque d'explications. En effet, le diagnostic de maladie de Lyme est toujours posé au conditionnel, les Drs B._____, X._____ et V._____ constatant uniquement que la sérologie pour la borréliose avait été positive en juillet 2014. Comme vu ci-dessus, deux des trois marqueurs positifs pour la borréliose en juillet 2014 l'étaient cependant toujours en septembre 2014. Seul le marqueur « *Borrelia burgdorferi* IgM » était revenu entre-temps dans la valeur de référence. Or, les médecins n'ont pas indiqué s'ils considéraient que la sérologie de septembre 2014 était toujours positive pour la borréliose, et si tel n'était

- 24 - pas le cas, ils n'ont pas expliqué en quoi la disparition du marqueur « *Borrelia burgdorferi* IgM » serait plus déterminante que celle des deux autres. A ce stade, force est en outre de constater que les analyses de sang du 6 janvier 2015 indiquaient toujours que le marqueur « *Borrelia* IgG » était positif (cf. rapport du 22 janvier 2015 du Dr F._____), mais surtout qu'il ressortait du résultat des tests effectués le 16 juin 2015 que le marqueur « *Borrelia brgdurferi* IgG » était toujours positif, et que le marqueur « *Borrelia burgdorferi* IgM » était à nouveau positif (cf. rapport de sérologie du 19 juin 2015 de l'E._____). Ainsi, sans de plus amples informations de la part des médecins, il apparaît hautement vraisemblable que la sérologie est restée positive pour la borréliose entre juillet 2014 et juin 2015 en tout cas. Par ailleurs, les Drs B._____, X._____ et V._____ ont estimé que les antibiotiques administrés en juillet 2014 avaient permis de traiter cette « possible Borréliose ». Ils n'ont cependant aucunement expliqué quels éléments objectivement constatés, eu égard aux tests sanguins notamment, leur permettaient d'arriver à une telle conclusion. Ils ont relevé que l'érythème migrant avait disparu à cette occasion, sans que l'on sache pour autant si cet élément est essentiel dans leur raisonnement, étant en outre relevé que la présence d'un érythème migrant ne paraît pas être une condition pour retenir le diagnostic de syndrome post-borréliose de Lyme (cf. consid. 5b supra). Ensuite, les Drs B._____, X._____ et V._____ se sont concentrés sur le résultat de la ponction lombaire, estimant qu'une atteinte neurologique de la maladie de Lyme pouvait être exclue. Ce faisant, ils semblent s'être focalisé sur l'« atteinte vasculaire rétinienne », ne traitant

ainsi pas des autres troubles susmentionnés. Ils n'apparaissent en outre pas affirmer que des tests positifs du liquide céphalo-rachidien seraient nécessaires pour poser le diagnostic de maladie de Lyme, auquel cas il leur appartenait de l'indiquer. Enfin, il est relevé qu'une valeur de 0,43 pour « *Borrelia burgdorferi* IgG » a été décelée le 2 septembre 2014 dans le liquide céphalo-rachidien (cf. rapport du 9 septembre 2014). Les Drs B._____, X._____, et V._____ n'ont pas mentionné cet élément et, par conséquent, pas expliqué en quoi il n'amenait pas à poser le diagnostic de borréliose.

- 25 - Au surplus, ces médecins ont, au titre de diagnostic différentiel, indiqué qu'une origine immunologique leur semblait la plus probable, à savoir en particulier la possibilité d'une maladie de Sjögren, et que l'intéressée avait d'ailleurs bientôt rendez-vous avec un médecin immunologue. Or, cette hypothèse ne s'est pas confirmée. En effet, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale et en allergologie et immunologie, n'a pas posé le diagnostic de syndrome de Sjögren, estimant que cette atteinte était peu probable. Il a cependant retenu les diagnostics d'allergie de type retardée avec signes de gravité à la Roséphine (Ceftriaxone) et de possible connectivite, avec présence d'un anticorps anti-SSA et d'un syndrome sec. Il a indiqué que des examens supplémentaires étaient nécessaires pour pouvoir poser un diagnostic de certitude dans le contexte des symptômes de la recourante, à savoir une biopsie des glandes salivaires accessoires. Il ne ressort pas du dossier produit que cet examen aurait été mené. A la lecture du rapport du Dr I._____, il n'apparaît pas qu'un diagnostic relevant de ses spécialisations et qui expliquerait les symptômes de la recourante ait pu être posé. Dès lors, on ne saurait considérer, en l'état, que la piste immunologique a épuisé la piste infectiologique. A toutes fins utiles, on ne saurait déduire du fait que le Dr I._____ ait dit qu'il n'avait pas connaissance de l'existence d'infections chroniques à *Borrelia burgdorferi* et qu'il ne se prononcerait ainsi pas sur son éventuelle implication pour les symptômes présentés, que ce médecin excluait ainsi la possibilité d'une borréliose, étant relevé qu'il ne traite aucunement de cette infection dans son rapport. Partant, faute pour les Drs B._____, X._____, et V._____ et le Dr Z._____ d'avoir clairement expliqué leur position, littérature médicale à l'appui cas échéant, force est de constater qu'il demeure un doute sur l'exactitude de leur conclusions, soit sur le fait que la recourante a souffert d'une borréliose active après le 7 septembre 2014 qui pourrait expliquer ses troubles (cf. consid.6 supra). Une pleine valeur probante ne saurait ainsi être reconnue à leurs rapports.

- 26 - b) Ce constat est en outre confirmé par ce qui suit. En effet, même si une infection active par la borréliose de Lyme ne pouvait être diagnostiquée, se poserait encore la question de l'existence d'un syndrome post-borréliose de Lyme. Or, les médecins, en particulier le Dr Z._____, ne se prononcent aucunement sur les critères retenus par la jurisprudence à l'aune de la littérature médicale à cet égard (cf. consid. 5b supra). Force est en outre de constater que le dossier ne permet, pour l'heure, pas d'exclure ne serait-ce qu'un seul desdits critères. Le premier problème est précisément que les médecins intervenus au dossier n'ont pas posé définitivement le diagnostic de borréliose, sans l'exclure pour autant. Or, au vu des marqueurs positifs pour la borréliose ressortant des analyses sérologiques au dossier, il apparaît à tout le moins vraisemblable que, si la recourante n'a pas, cas échéant, présenté une infection active de la borréliose après le 7 septembre 2014, elle l'a eue antérieurement. Conformément au critère 1 édicté par la jurisprudence en la matière, il convient que des médecins déterminent si une « borréliose de Lyme antérieure documentée cliniquement et par des examens de laboratoire, selon les définitions de cas publiés », peut

être retenue. La même approche doit être effectuée s'agissant du critère 2 portant sur la question du traitement antibiotique. La recourante en a suivis plusieurs, les Drs B._____, X._____ et V._____ mentionnant deux épisodes, l'un en juillet-août 2014 et l'autre en septembre-octobre 2014 (cf. rapport du 6 novembre 2014). De deux choses l'une, soit lesdits traitements antibiotiques étaient complets et adaptés au stade de la borréliose de Lyme selon les recommandations publiées et ont ainsi supprimé le caractère infectieux, soit tel n'était pas le cas et l'infection était encore active. Ce point devra être éclairci conformément au critère 2. Au vu de ce qui précède, le caractère actif de l'infection devra ainsi être instruit (critère 3).

- 27 - Tel est également le cas des éventuels symptômes persistants, étant précisé que les Drs B._____, X._____ et V._____ ont notamment rapporté des pertes de mémoires, déjà évoqués par le Dr D._____ (cf. rapport du 10 septembre 2014), survenus en juillet 2014 au plus tôt. Dans son recours, l'intéressée a en outre fait état de fatigue, de différentes douleurs musculaires et articulaires et de dysfonctionnements cognitifs. Il conviendra donc, cas échéant, d'objectiver ces plaintes et de déterminer leur caractère persistant et invalidant au quotidien, pendant plus de six mois après un éventuel traitement antibiotique adéquat (critère 4). Il y aura également lieu de déterminer si le début des troubles qui seraient objectivés est compatible avec l'évolution de la borréliose de Lyme (critère 5). On rappelle que des signes objectifs au status clinique général ou neurologique ne constituent pas un critère préalable au diagnostic (critère 6), de sorte que l'intimé ne peut tirer argument du fait qu'une « atteinte neurologique de la maladie de Lyme » aurait été exclue ou que l'électroencéphalographie (cf. rapport du 5 septembre 2014 du Dr D._____) ou l'IRM cérébrale du 17 décembre 2014 seraient dans la norme (cf. décision sur opposition du 27 mai 2015). Le Dr D._____ avait d'ailleurs bien précisé que « même en l'absence de signes neurologiques, le tableau pourrait s'intégrer dans le contexte d'une maladie de Lyme, malgré le traitement antibiotique » (cf. rapport du 10 septembre 2014). Cela étant, le Dr G._____ avait conclu à un aspect de myosite localisé dans la cuisse droite, ce qui l'amenait à se demander s'il s'agissait d'une myosite secondaire à une inoculation locale (cf. rapport du 22 juillet 2014) Enfin, conformément au critère 7, le fait que le Dr D._____ n'ait pas diagnostiqué une maladie neurologique n'est pas un argument pour ne pas retenir un syndrome post-borréliose de Lyme, au contraire. En l'état du dossier, il n'apparaît pas qu'une maladie neurologique, rhumatologique ou autres, ni qu'une maladie psychiatrique ou un état obsessionnel seraient présents chez la recourante et pourraient expliquer

- 28 - ses troubles. La piste immunologique a été envisagée (cf. rapport du 6 novembre 2014 des Drs B._____, X._____ et V._____), mais n'a au final pas abouti (cf. rapport du 24 février 2015 du Dr I._____). Si d'autres possibilités pouvant expliquer les symptômes devaient se présenter, il conviendrait d'investiguer et de les exclure avant de pouvoir retenir le syndrome susmentionné (critères 7 et 8). c) A l'instar de la recourante, il est constaté que l'intimée a supprimé le droit à toutes prestations dès le 8 septembre 2014 sur la base du rapport du 28 janvier 2015 du Dr Z._____, lequel n'a traité que de la problématique oculaire. Les autres atteintes invoquées par l'intéressées devaient cependant être examinées. En outre, le Dr Z._____ a uniquement mentionné la neuropathie optique droite d'origine probablement glaucomateuse mise en évidence par le Dr W._____, mais n'a aucunement évoqué la périphlébite rétinienne bilatérale pourtant mentionnée par le Dr W._____ également (cf. rapport du 11 septembre 2014). Or, selon ce médecin, cette

atteinte évoquait une étiologie inflammatoire ou infectieuse. C'était donc bien l'origine de la périphlébite rétinienne bilatérale qu'il convenait d'analyser. Par ailleurs, et contrairement à ce qu'a retenu l'intimée (cf. décision sur opposition du 27 mai 2015), le traitement pour cette atteinte n'avait pas pris fin en septembre/octobre 2014 pour le Dr L. _____, puisque celui-ci l'a à nouveau mentionnée dans ses rapports des 27 janvier et 11 mai 2015. Il convient encore de relever qu'il ressort de ce dernier rapport que la vision de la recourante s'est améliorée ensuite d'un nouveau traitement antibiotique pour la borréliose en début d'année 2015. d) Au vu de ce qui précède, le caractère actif d'une infection par borréliose devra être instruit puis, si l'infection ne devait pas être active, l'existence d'un syndrome post-borréliose devra faire l'objet d'une instruction complémentaire. Il conviendra de motiver cette analyse et de la mener compte tenu de toutes les atteintes invoquées par la recourante, et non uniquement de sa problématique oculaire.

- 29 - Il ressort ainsi de ce qui précède que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité pour qu'elle procède dans le sens des considérants, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGa). A toutes fins utiles, si l'intimée devait finalement retenir que la recourante a droit à des prestations au-delà du 7 septembre 2014, il lui appartiendra notamment d'analyser le droit de l'intéressée au remboursement des frais pour l'achat des compléments alimentaires en France conformément aux art. 10 al. 3 LAA et 17 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) régissant les frais de traitement à l'étranger. 8. a) En définitive, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGa), ni d'allouer de dépens, le recourant ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGa ; ATF 127 V 205 consid. 4b). Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 27 mai 2015 par U. _____ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour

- 30 - complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - M. _____, - U. _____, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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