

200.2019.173.LAA

Réf.

NIG/REN

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 19 février 2020

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
G. Niederer, greffier

A. _____ SA

recourante

contre

Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6004 Lucerne

intimée

concernant:

B. _____

relatif à une décision sur opposition de la Suva du 28 janvier 2019



En fait:

A.

B. _____, né en 1971, célibataire sans enfant, travaille depuis 2007 en qualité d'agent technico-commercial à 100% au sein d'une entreprise de fabrication et de vente de machines. A ce titre, il est assuré par son employeur auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva). Par déclaration d'accident-bagatelle du 12 septembre 2018, l'assuré, par son employeur, a annoncé à la Suva qu'il avait subi un accident non-professionnel le 15 juillet 2018 à 15h00, à savoir une piqûre de tique à la cuisse gauche lors d'une promenade en forêt. D'après le formulaire, cette piqûre n'avait toutefois pas entraîné d'incapacité de travail. La Suva a pris en charge les frais de traitement d'un érythème survenu après cette piqûre (essentiellement: consultation du 11 septembre 2018 auprès du médecin traitant, prise de sang, électrocardiogramme et prescription d'un médicament).

B.

Par l'intermédiaire de son médecin et par écrit du 3 octobre 2018, l'assuré a encore demandé la prise en charge, par la Suva, d'un traitement pour une radiculonévrite de Lyme. L'employeur de l'assuré a de son côté remis une déclaration de sinistre à la Suva en date du 12 octobre 2018, en faisant mention d'une rechute le 28 septembre 2018. Il y a joint deux certificats médicaux du médecin traitant l'assuré, attestant une incapacité de travail de ce dernier à 50%, du 28 septembre au 5 octobre 2018, ainsi que du 8 au 12 octobre 2018. La Suva a alors demandé des précisions à l'assuré à ce sujet et rassemblé les avis des médecins consultés pour des troubles cutanés et lombaires, avant de solliciter le point de vue de son médecin d'arrondissement. Dans un courrier du 2 novembre 2018, la Suva a ensuite nié que les troubles de l'assuré soient en lien avec un accident ou une lésion assimilée à un accident, ce qu'elle a confirmé par décision du 4 décembre 2018.

C.

Les oppositions formées le 4 janvier 2019 par l'assuré et le 18 janvier 2019 par son assureur-maladie, A. _____ SA, ont été rejetées par décision sur opposition de la Suva du 28 janvier 2019.

D.

Par mémoire du 27 février 2019, A. _____ SA a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant en substance à la réforme de la décision sur opposition au sens d'une prise en charge, par l'intimée, des frais de traitement de l'assuré pour les affections annoncées par le médecin traitant dans son courrier du 3 octobre 2018. Invitée à produire une réponse, l'intimée s'est exécutée le 1^{er} avril 2019 et a conclu au rejet du recours. A la même date, le TA a constaté que l'assuré n'avait quant à lui pas recouru et a informé les parties qu'il serait donné l'occasion à ce dernier de se déterminer à l'issue de l'échange des écritures. En outre, le TA a imparti un délai à l'intimée pour préciser les arguments juridiques sur lesquels elle se fondait pour nier tout lien de causalité entre la piqûre de tique et le traitement de la radiculonévrite de Lyme que le médecin avait décidé d'appliquer. L'intimée s'est expliquée dans un écrit du 13 mai 2019, dans lequel elle a également confirmé ses conclusions. La recourante en a fait de même dans sa réplique du 31 mai 2019 (communiquée à l'intimée le 3 juin 2019 par le TA). Par ordonnance du 12 juillet 2019, le TA a encore constaté que l'assuré n'avait pas fait usage du droit qui lui avait été accordé le 17 juin 2019 de se prononcer sur les écrits des parties.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 28 janvier 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision de l'intimée du 4 décembre 2018, qui nie le droit de l'assuré à la prise en charge des frais de traitement d'une radiculonévrite de Lyme. Au vu des griefs formulés dans le recours du 27 février 2019, l'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et sur la prise en charge du traitement appliqué par le médecin traitant. Sont en particulier litigieuses les questions de la valeur probante du rapport du médecin d'arrondissement de l'intimée du 24 janvier 2019 et du lien de causalité entre la piqûre ou morsure de tique du 15 juillet 2018 et les coûts du traitement des troubles rapportés par l'assuré lors de la consultation médicale du 11 septembre 2018 (autres que ceux déjà assumés par l'intimée concernant la consultation en soi et la médication contre l'érythème).

1.2 La recourante est une assurance qui, conformément à l'art. 49 al. 4 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1), pourrait devoir allouer des prestations, conformément à l'art. 1a al. 2 let. b de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10). Elle est dès lors légitimée à recourir. Pour le surplus, interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 La valeur litigieuse paraît, en l'état, être largement inférieure à Fr. 20'000.- (coût du traitement antibiotique plus spécifiquement litigieux de Fr. 2'017.25 [annexe 3 de la réponse]; 16 demi-indemnités journalières, que seule l'intimée assure, calculées sur un salaire de base de Fr. 7'250.- [c. 4.2, 4.6, 4.7 et dos. Suva 4]). Cependant, d'autres séquelles entraînant de nouveaux coûts, postérieures à l'état constaté au dossier, ne peuvent être exclues avec une vraisemblance prépondérante. Le jugement de la

cause incombe donc à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et art. 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]). 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 (art. 4 LPGA).

2.2 L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1, 2012 UV n° 2 c. 3.1). En présence de séquelles organiques d'un accident objectivement établies, la causalité adéquate se recouvre en grande partie avec la causalité naturelle et n'a pratiquement pas de signification propre (ATF 140 V 356 c. 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1).

2.2.1 Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; arrêt du Tribunal

fédéral [TF] 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il suffit que l'accident en question représente une cause partielle d'une atteinte à la santé déterminée (ATF 134 V 109 c. 9.5, 123 V 43 c. 2b; SVR 2009 UV n° 3 c. 8.3).

2.2.2 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 tribunal en cas de recours – examine en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation de l'état de fait et des preuves en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage ne suffit pas à justifier le droit à des prestations (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1).

2.3 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans la décision sur opposition attaquée, l'intimée a rejeté l'opposition de la recourante (ainsi que de l'assuré) et confirmé sa décision du 4 décembre 2018 en expliquant qu'il n'était pas contesté que l'assuré ait été piqué par une tique en juillet 2018, mais en ajoutant, sur la base de l'avis de son médecin d'arrondissement, que le diagnostic de radiculonévrite de Lyme, qui avait donné lieu au traitement, n'était pas démontré formellement. L'intimée a en effet retenu que l'avis de son médecin d'arrondissement revêtait une entière valeur probante et qu'il exposait de manière claire et convaincante les raisons pour lesquelles les troubles présentés par l'assuré n'étaient pas à mettre en relation avec une borréliose, la piqûre de tique et l'érythème ne suffisant pas pour retenir ce

diagnostic. L'intimée a relevé à cet égard que, selon le rapport de son médecin d'arrondissement, la persistance d'une lésion si importante après deux mois était possible mais néanmoins (un peu) surprenante, que la sérologie du 11 septembre 2018 ne confirmait pas l'existence d'une séroconversion (le test dit de "Western blot", plus spécifique d'après l'intimée, étant négatif), que la symptomatologie de l'assuré s'apparentait plutôt à une lombo-sciatique non déficitaire et que le tableau clinique n'était pas caractéristique d'une neuroborréliose précoce.

3.2 Dans son recours, la recourante soutient en revanche que les troubles de l'assuré sont à mettre en relation avec l'accident du 15 juillet 2018. Elle conteste les conclusions du médecin d'arrondissement et rappelle que le médecin traitant a pour sa part posé son diagnostic en s'appuyant sur les connaissances médicales d'une infectiologue et sur les résultats sérologiques, qui ont révélé que les immunoglobulines de type G (IgG) étaient positives à la borréliose de Lyme selon le test dit "EIA" (ou test immuno-enzymatique). Selon la recourante, ce dernier élément justifie d'admettre que les symptômes de l'assuré sont en lien avec la piqûre de tique. La recourante affirme que le fait que le test de Western blot soit négatif ne remet pas en cause que l'assuré a été en contact avec la maladie de Lyme. De plus, en produisant un avis émanant de son médecin-conseil, elle ajoute que même si ce dernier a retenu que le tableau clinique n'était pas caractéristique d'une neuroborréliose précoce, celui-ci ne l'a pas pour autant exclu (en réalité, la recourante se référait non à son médecin-conseil mais au rapport du médecin d'arrondissement de l'intimée). A ce propos, la recourante reproche d'ailleurs au médecin d'arrondissement d'avoir uniquement évoqué une neuroborréliose précoce, sans avoir mentionné les autres stades de cette pathologie. Enfin, la recourante indique qu'en tant que la piqûre de tique et la présence de l'érythème ne sont pas contestées, l'affection présentée par l'assuré doit être considérée comme étant en lien avec l'accident, thèse que soutient du reste son médecin-conseil. La recourante ajoute en outre que même si ce médecin s'est abstenu de parler de neuroborréliose (diagnostic difficile à retenir selon lui sans avoir procédé aux examens adéquats), il a néanmoins insisté sur le fait qu'on ne pouvait uniquement se fonder sur la sérologie et qu'il fallait aussi tenir compte des autres éléments décrits par l'assuré.

3.3 Dans sa réponse, l'intimée a précisé qu'elle admettait la survenance d'un érythème en lien avec la morsure du 15 juillet 2018 et qu'elle en avait assumé les frais de traitement. Face au recours, elle a rétorqué qu'elle ne contestait pas uniquement l'existence d'un lien de causalité entre les troubles de l'assuré et l'accident du 15 juillet 2018, mais aussi le diagnostic retenu. L'intimée a ajouté que, dans son rapport du 3 octobre 2018, le médecin traitant n'a pas discuté le fait que les IgG sont positifs selon le test EIA et négatifs selon le test de Western blot, si bien que ce document est insuffisamment motivé. L'intimée a aussi remis en cause la valeur probante du rapport établi par le médecin-conseil de la recourante, faute de satisfaire aux conditions jurisprudentielles y relatives et du fait du lien unissant l'auteur de ce document à la recourante. L'intimée a ajouté que ce rapport n'était pas non plus suffisamment motivé, ne contenant aucune discussion des arguments du médecin d'arrondissement et admettant que les tests effectués ne permettent pas de retenir un diagnostic de neuroborréliose. Enfin, l'intimée a en substance indiqué que les résultats du test EIA (n'ayant pas été corroborés par le test de Western blot) constituaient un faux positif et qu'ils ne pouvaient de toute manière pas démontrer une radiculonévrite de Lyme (les IgM [recte: IgG] pouvant rester positifs durant des années).

3.4 Invité par le TA à préciser les motifs pour lesquels l'intimée a retenu que le traitement litigieux devait être mis à la charge de la recourante alors qu'il a été administré par un médecin autorisé à pratiquer et que ce dernier avait estimé que le traitement était nécessaire, l'intimée a expliqué, dans sa détermination du 13 mai 2019, que ce dernier avait été prodigué en présence d'un diagnostic erroné et qu'il n'était pas apte à améliorer l'état de santé de l'assuré ou à éviter une péjoration de celui-ci, si bien que le refus de prise en charge était justifié.

3.5 Répliquant le 31 mai 2019, la recourante a contesté le point de vue de l'intimée, selon lequel le diagnostic de radiculonévrite de Lyme serait erroné car contredit par les résultats de la sérologie (qui excluraient le développement d'une telle affection). La recourante a en effet répété qu'il convenait de tenir compte de l'ensemble des éléments décrits par l'assuré et non uniquement de la sérologie. La recourante a ajouté que cette

dernière permettait cependant de constater que l'assuré avait bien été en contact avec la maladie de Lyme, de sorte que le traitement administré par le médecin de l'intéressé (qui s'est par ailleurs adjoint le concours d'une spécialiste en infectiologie), était justifié compte tenu du tableau clinique constaté lors de la consultation médicale. La recourante a dès lors insisté sur le fait que le traitement mis en place se trouvait bien en lien de causalité avec la piqûre de tique.

4.

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). En l'occurrence, la prise de position du médecin-conseil de la recourante, du 16 février 2019, a été produite avec le recours. Cependant, même si celle-ci est postérieure à la décision entreprise et qu'elle ne devrait donc en principe pas être prise en considération dans la présente procédure, tel doit néanmoins être le cas en l'espèce, à mesure qu'elle est de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision a été rendue (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Partant, elle est dès lors également résumée ci-après, parmi les éléments médicaux déterminants figurant au dossier (voir c. 4.10).

4.1 D'après la déclaration d'accident-bagatelle du 12 septembre 2018, le sinistre a eu lieu le 15 juillet 2018 à 15h00. Ce dernier y a été décrit de la façon suivante: "[r]andonnée/promenade: [e]n se promenant en forêt, s'est fait piquer par une tique". Une piqûre à la cuisse gauche a été mentionnée sous la rubrique "Blessure".

4.2 Le 28 septembre 2018, le médecin traitant de l'assuré, agissant par un médecin assistant, a établi un certificat médical attestant une incapacité de travail à 50% du 28 septembre au 5 octobre 2018, à la suite d'un accident. Une reprise du travail à 100% dès le 6 octobre 2018 a en outre été évoquée.

4.3 Le médecin assistant précité a indiqué, dans un courrier du 3 octobre 2018, qu'il avait reçu l'assuré en consultation le 11 septembre 2018 du fait de l'apparition d'une lombosciatalgie à gauche, ce dernier ayant alors relaté avoir subi une piqûre de tique à la cuisse gauche, puis présenté une éruption cutanée érythémateuse d'environ 2 à 3 cm (avec un centre devenu blanchâtre et une rougeur atteignant près de 10 cm), une semaine après avoir lui-même retiré la tique. Selon le rapport, lors de la consultation, l'assuré s'est plaint de douleurs lombaires basses à gauche, irradiant sur la face latérale puis antérieure de la cuisse, avec des paresthésies de cette région. Le médecin a constaté la présence d'un érythème de 22 cm de long, ainsi qu'une hyporéflexie surtout rotulienne gauche et, dans une moindre mesure, achilléenne gauche, la sensibilité et la motricité des deux membres inférieurs étant conservées. Ont été joints à cet écrit les résultats d'une sérologie pour la borréliose de Lyme réalisée le 11 septembre 2018 et faisant état d'IgG positifs selon le test EIA, de même que d'IgG et d'IgM (immunoglobulines de type M) négatifs selon le test de Western blot. En précisant avoir contacté une infectiologue, le médecin assistant a posé le diagnostic de radiculonévrite de Lyme. Il a en outre relaté avoir prodigué un traitement de Ceftriaxone durant 28 jours, selon les recommandations suisses et internationales, sollicitant dès lors la prise en charge de ce traitement par l'intimée.

4.4 Le médecin assistant a encore établi un certificat médical le 8 octobre 2018. Il y a alors attesté une incapacité de travail de l'assuré à 50% du 8 au 12 octobre 2018, évoquant en outre une reprise du travail à 100% dès le 13 octobre 2018.

4.5 Le 12 octobre 2018, une déclaration d'accident a été établie de la même manière que la déclaration d'accident-bagatelle du 12 septembre 2018. L'employeur de l'assuré y a cependant ajouté, notamment, qu'une rechute était survenue le 28 septembre 2018 et que le travail n'avait pas été interrompu par l'accident.

4.6 Le médecin assistant précité a établi un rapport à l'intention de l'intimée le 23 octobre 2018. Dans ce document, il a rappelé que l'assuré avait subi une piqûre de tique le 15 juillet 2018 et qu'il s'était présenté en consultation le 11 septembre 2018. Il a pour le reste confirmé le contenu de

son écrit du 3 octobre 2018, notamment le diagnostic de radiculonévrite de Lyme. Il a à nouveau mentionné la thérapie de 4 semaines au Rocéphin et attesté une incapacité de travail à 50% à compter du 28 septembre 2018, celle-ci devant probablement se prolonger jusqu'au 12 octobre 2018, selon ce document.

4.7 Dans un formulaire également daté du 23 octobre 2018, l'assuré a pour sa part décrit l'événement du 15 juillet 2018 comme suit: "Promenade en forêt. J'ai attrapé une tique que j'ai vu[e] et enlevé[e] env. un jour après". Il a précisé n'avoir ressenti aucune douleur mais constaté la présence d'une "tache" dès le 23/24 juillet 2018. L'assuré a confirmé avoir consulté son médecin le 11 septembre 2018. Il a finalement souligné que le traitement médical était pour l'heure terminé et qu'il disposait à nouveau d'une pleine capacité de travail, ce depuis le 22 octobre 2018 (ajoutant avoir travaillé à 50% du 1^{er} au 19 octobre 2018).

4.8 D'après une note au dossier de l'intimée du 2 novembre 2018, rédigée par le médecin d'arrondissement (un spécialiste en médecine du travail et en médecine interne générale), celui-ci a indiqué qu'au vu des renseignements à sa disposition, le diagnostic de radiculonévrite de Lyme n'était pas démontré formellement. Il a par conséquent proposé de refuser la prise en charge du traitement de cette maladie.

4.9 Le médecin d'arrondissement a encore rédigé un rapport médical le 24 janvier 2019 (en procédure d'opposition). Dans ce document, il a expliqué qu'une personne victime d'une morsure de tique pouvait présenter un érythème migrant à l'endroit de l'atteinte, une telle manifestation se développant normalement après 3 à 32 jours (7 à 10 jours en moyenne). Il a toutefois ajouté que la persistance d'une lésion aussi importante après deux mois était possible mais "un peu surprenante". Le médecin d'arrondissement a également indiqué que la sérologie pour la borréliose de Lyme ne confirmait pas l'existence d'une séroconversion, dès lors que le test de Western blot (plus fiable et plus spécifique selon lui) était négatif. Enfin, ce médecin a retenu que la symptomatologie de l'assuré s'apparentait à une lombo-sciatique non déficitaire et que le tableau clinique (en l'absence de signes méningés, de déficits moteurs et sensitifs objectifs) n'était pas caractéristique d'une neuroborréliose précoce.

4.10 A l'appui de son recours, la recourante a produit un courrier électronique de son médecin-conseil, du 16 février 2019, selon lequel la morsure de tique est indéniable, de même que la présence d'un érythème (même si la date de l'apparition de ce dernier n'est pas connue). Ce médecin a ajouté que la surface de 22 cm de diamètre était "très bien possible" et qu'elle pouvait même confirmer que l'érythème datait de plusieurs jours, voire de plusieurs semaines, comme cela pouvait se voir lorsqu'un érythème migrant n'est pas soigné promptement. Le médecin-conseil a dès lors retenu que l'existence de la morsure de tique et de l'érythème permettait de considérer l'affection comme un accident, soulignant cependant qu'il convenait de s'abstenir de parler de neuroborréliose, ce diagnostic étant d'après lui difficile à poser sans les examens adéquats.

5.

5.1 En l'occurrence, il sied tout d'abord de relever qu'à juste titre, l'intimée ne conteste pas que l'assuré a été piqué (ou mordu) par une tique à la cuisse gauche le 15 juillet 2018, ni que cet événement constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA (voir c. 2.1 et ATF 122 V 230). Est en revanche problématique la question de savoir si l'appréciation médicale suivie par l'intimée est probante, à savoir s'il peut être admis que le diagnostic de radiculonévrite de Lyme n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante (voir c. 2.2.2) et donc, qu'il y a lieu de refuser la prise en charge du traitement spécifique à cette atteinte prodigué à l'assuré pour soigner la lombosciatalgie qui l'affectait du même côté que l'érythème provoqué par la morsure.

5.2 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du

mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

5.3 Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

5.4

5.4.1 En l'espèce, le rapport du médecin d'arrondissement du 24 janvier 2019 (dont les compétences médicales ne sauraient être critiquées), est certes succinct. Il énumère toutefois l'ensemble des éléments déterminants figurant au dossier, en particulier ceux provenant du courrier du médecin assistant du 3 octobre 2018 (qui décrit l'état de santé de l'assuré et rapporte les plaintes de ce dernier), ainsi que de l'annexe à cet envoi (à savoir les résultats des examens sérologiques). Force est dès lors d'admettre que ce rapport repose sur une connaissance claire et approfondie des faits. De plus, les conclusions retenues par le médecin d'arrondissement sont motivées et compréhensibles.

5.4.2 Sur le plan matériel, le médecin d'arrondissement de l'intimée a tout d'abord relaté de manière probante qu'un érythème migrant se développe normalement 3 à 32 jours après la morsure de tique (en moyenne 7 à 10 jours). Cette affirmation est corroborée par les recommandations de la Société Suisse d'Infectiologie (SSI), versées en procédure par la recourante (sous la forme d'une publication dans la Revue Médicale

Suisse, 2006, vol. 2, ch. 31226; annexe à la pièce justificative [PJ] 14 du recours). Il faut toutefois admettre que ce médecin n'a pas motivé son assertion, selon laquelle la persistance d'une telle lésion deux mois après la morsure était peu probable ("certes possible, un peu surprenante"; dossier [dos.] Suva 25). Cela ne change cependant rien au fait qu'en revanche, l'argument du médecin d'arrondissement, d'après qui la sérologie du 11 septembre 2018 ne confirme pas l'existence d'une séroconversion, dès lors que les IgG et IgM ont été négatifs selon le test de Western blot, est quant à lui étayé et confirmé par lesdites recommandations. En effet, il découle de ces dernières que, dans le processus de diagnostic de la borréliose de Lyme, un test ayant une bonne sensibilité est effectué en premier lieu. Le test de Western blot doit être effectué dans un deuxième temps, en cas de résultats positifs (voir également <https://ssi.guidelines.ch> → Borréliose, Maladie de Lyme → Diagnostic [consulté en janvier 2020]), ce test identifiant spécifiquement les anticorps dirigés contre les différentes espèces de *Borrelia burgdorferi* (la bactérie responsable de la borréliose de Lyme). Il constitue ainsi un test de confirmation (dos. Suva 31/31). Aussi, il ressort des recommandations précitées qu'un diagnostic plus sûr de neuroborréliose nécessite la présence de résultats positifs à une sérologie du liquide céphalo-rachidien (LCR; examen qui requiert une ponction lombaire), en plus de ceux découlant de l'analyse du sérum (dos. Suva 31/31). En l'espèce toutefois, seul un prélèvement par voie veineuse a été réalisé (voir annexe 3 de la réponse). Cela étant, l'avis du médecin d'arrondissement est convaincant lorsqu'il retient que le test de Western blot est plus fiable que le test standard EIA, qui seul a conduit à des résultats positifs (voir aussi ch. 6 de la réponse) et que l'existence d'une séroconversion n'a dès lors pas été confirmée. De surcroît, ainsi que l'intimée l'a évoqué (voir ch. 14 de la réponse) et toujours d'après les recommandations de la SSI, une sérologie positive isolée confirme uniquement un contact antérieur avec les bactéries responsables de la maladie de Lyme mais ne permet pas de déterminer si la maladie est active ou non (dos. Suva 31/32). Partant, tout comme l'a relevé la recourante, on ne peut se limiter à tenir compte de la sérologie. Il faut encore considérer tous les éléments décrits par l'assuré (voir p. 1 de la réplique). Les recommandations de la SSI le confirment, en expliquant que la définition de la borréliose de Lyme doit associer le tableau clinique et les résultats de

laboratoire (dos. Suva 31/30), la sérologie n'étant ainsi utile que pour étayer le diagnostic clinique (voir dos. Suva 31/32; voir également: <https://ssi.guidelines.ch> → Borreliose, Maladie de Lyme → Aspects importants, Surdiagnostic). Or, s'il est vrai que la sérologie n'était pas "isolée" en l'espèce, puisqu'elle a été accompagnée de manifestations cliniques (une lombosciatalgie, des paresthésies, une hyporéflexie et un érythème; voir dos. Suva 3; les allégations d'atteintes cardiaques avancées la première fois dans l'opposition du 4 janvier 2019 ne trouvant aucune confirmation médicale, elles ne peuvent être considérées comme établies à un degré de vraisemblance prépondérante), force est néanmoins de reconnaître, avec le médecin d'arrondissement, que le tableau clinique de l'assuré n'est pas démonstratif d'une neuroborréliose précoce. En effet, les recommandations de la SSI ne font pas état de douleurs lombaires ou d'hyporéflexie parmi les signes cliniques typiques de la borreliose de Lyme (voir à ce sujet: TFA U 282/04 du 14 mars 2005 c. 2.2) et elles mentionnent explicitement que des paresthésies ne suffisent pas pour retenir un diagnostic de neuroborréliose précoce (dos. Suva 31/31). Ce résultat s'impose d'autant plus que, selon les recommandations de la SSI, bien qu'une radiculonévrite peut se manifester après plusieurs mois, celle-ci intervient alors au stade d'une neuroborréliose "tardive" (et non précoce, hormis dans le cas d'une affection des nerfs crâniens) et "le plus souvent deux à trois ans après la piqûre de tique". En l'espèce toutefois, un laps de temps d'un peu plus de deux mois seulement s'est écoulé entre la piqûre et la survenance des troubles qui ont conduit l'assuré à consulter son médecin. D'ailleurs, pour cette raison, à l'inverse du point de vue de la recourante (voir ch. 31 du recours), on ne saurait reprocher au médecin d'arrondissement de ne pas s'être prononcé, s'agissant notamment de cet autre stade de la maladie. Quant à l'érythème migrant, les recommandations précitées le décrivent comme un stade à part entière de la maladie (dos. Suva 31/30; voir aussi: Revue Médicale Suisse, 2006, vol. 2, ch. 31227 in initio). De plus, il a pour sa part fait l'objet d'un traitement de Doxycycline (Doxysol), pris en charge par l'intimée (voir annexe 1 de la réponse). En conclusion, il sied de retenir que le rapport du médecin d'arrondissement du 21 janvier 2019 est cohérent, concluant et dépourvu de contradiction ou d'indice remettant en cause sa fiabilité, si bien qu'il y a lieu de lui accorder une pleine valeur probante.

5.4.3 En particulier, contrairement à ce qu'allègue la recourante, l'avis du médecin d'arrondissement ne saurait être remis en cause du simple fait que le médecin de l'assuré a sollicité l'avis d'une infectiologue pour établir son diagnostic (ch. 29 du recours). En effet, aucun argument qui proviendrait de cette spécialiste (qui travaille dans le même établissement que le médecin précité, selon son courrier du 3 octobre 2018) ne ressort du dossier et ne permet de confirmer le diagnostic retenu. De plus, à l'inverse du médecin d'arrondissement de l'intimée, le médecin assistant n'a pas commenté les résultats sérologiques et ne s'est pas prononcé sur le fait que les IgG et IgM étaient négatifs selon le test de Western blot. Le médecin-conseil de la recourante ne l'a du reste pas fait non plus. De même, le diagnostic posé par le médecin de l'assuré l'a été sans qu'un quelconque autre diagnostic ne soit envisagé (alors que le médecin d'arrondissement a de son côté évoqué une éventuelle lombo-sciatique). Or, la démarche du médecin de l'assuré (et de l'infectiologue) s'inscrit en opposition avec les recommandations de la SSI (dos. Suva 31/30), qui prévoient qu'en raison de la forte séroprévalence dans la population suisse, tout autre diagnostic potentiel devrait être exclu avant de diagnostiquer une borréliose de Lyme (voir dans ce sens: TF 8C_831/2016 du 7 mars 2017 c. 2.2, 8C_924/2011 du 7 mars 2012 c. 3 et 6.1, 8C_695/2010 du 9 juin 2011 c. 5; TFA U 77/05 du 22 août 2005 c. 3.2; VGE UV/2017/963 du 27 mars 2018 c. 3.1.5 et 3.4, UV/2013/806 du 7 juillet 2015 c. 4.1). Il convient finalement d'ajouter que le médecin-conseil de la recourante n'a pas non plus pu confirmer le diagnostic de neuroborréliose (dos. Suva 31/28 et ch. 31 s. du recours). Ce faisant, les avis du médecin de l'assuré et du médecin-conseil de la recourante (qui ne bénéficient d'ailleurs eux-mêmes pas non plus d'une spécialisation en infectiologie) ne sauraient l'emporter face à celui du médecin d'arrondissement de l'intimée.

5.5 La recourante ne peut pas non plus se prévaloir du seul fait que les troubles se sont manifestés à la suite de la morsure de tique survenue le 15 juillet 2018, pour établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (voir ch. 30 du recours; raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2016 UV n° 24 c. 7.2). De plus, il n'appartient pas à l'intimée d'expliquer la nature (non accidentelle) des troubles (hormis l'érythème) dont l'assuré s'est plaint lors de la

consultation précitée (TF 8C_755/2011 du 19 décembre 2011 c. 5.2; voir également: TF 8C_548/20718 du 7 novembre 2018 c. 4).

5.6 Il résulte dès lors de tout ce qui précède que l'intimée était en droit d'admettre, en se basant sur l'avis probant de son médecin d'arrondissement, que le diagnostic de radiculonévrite de Lyme n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante et que par conséquent, elle avait rempli son obligation de prise en charge des suites de l'accident que représentait la morsure de tique du 15 juillet 2018, en assumant les coûts de la médication prescrite pour soigner l'érythème et ceux de la consultation du 11 septembre 2018, y compris les examens sérologiques qui y avaient été organisés. C'est donc à raison que l'intimée en a conclu que les autres troubles rapportés par l'assuré le 11 septembre 2018 (lombosciatalgie gauche, du même côté que l'érythème) ne se trouvaient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident. A défaut de causalité naturelle, point n'était besoin d'examiner l'existence d'un lien de causalité adéquate (voir c. 2.2). Il en résulte que l'intimée a refusé à bon droit de prendre en charge le traitement qui a été appliqué, quand bien même, jusqu'au stade où le dossier fournit des renseignements, il s'agissait (uniquement) d'un traitement antibiotique spécifique au genre d'accident subi, reconnu comme étant la cause de l'érythème mais pas des autres maux. Le traitement ne concernant pas des lésions causées par l'accident, il n'appartenait pas à l'intimée d'en vérifier le caractère approprié (art. 10 LAA). Les frais occasionnés par ce traitement ne peuvent pas non plus être assimilés à ceux qui seraient causés par des lésions inhérentes à un (faux) traitement ou un examen médical s'inscrivant dans les suites d'un accident (art. 6 al. 3 LAA et 10 de l'ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA, RS 832.202]). Les coûts litigieux n'ayant pas été causés par un accident, ils relèvent juridiquement de la maladie (art. 3 al. 1 LPGGA).

6.

En conclusion, le recours doit être rejeté.

6.1 Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. a LPGGA).

6.2 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni à la recourante qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée (art. 61 let. a et g LPG; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143 c. 4a; RAMA 1990 p. 195).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante,
 - à l'intimée,
 - à B. _____,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).