

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 novembre 2009

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : MM. Gerber, juge suppléant, et Gutmann, assesseur  
Greffier : M. Greuter

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.**\_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me L.\_\_\_\_\_,  
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée, représentée par Me O.\_\_\_\_\_, avocat à Lausanne.

---

**Art. 6 al. 1 LAA; 9 al. 1 et 11 OLAA**

## **E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après: le recourant), né en 1950, est employé de l'entreprise W.\_\_\_\_\_ SA à [...] depuis le 1<sup>er</sup> mars 1985 et assuré à ce titre auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) contre les accidents professionnels et non professionnels. Il a été victime d'un accident en prenant un télésiège le 2 janvier 1996. Son membre inférieur droit a subi à cette occasion une importante traction et une rotation externe. Dans ses suites immédiates, l'accident n'a pas occasionné d'incapacité de travail.

**B.** En raison de douleurs persistantes à la jambe droite, le recourant a consulté plusieurs médecins et suivi divers traitements dans le courant 1997. Il a été examiné le 3 avril 1998 par le médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du 7 avril 1998, ce médecin a constaté qu'il s'agissait "avec la plus grande probabilité" d'un étirement du nerf glutéal inférieur droit avec étirement du nerf SPE à droite et des branches sensibles correspondant à ces deux nerfs moteurs. Il a ordonné un 2<sup>e</sup> examen neurologique pour exclure toute composante maladie relevant du domaine neurologique.

Le rapport du Prof. W.\_\_\_\_\_, neurologue, rendu le 26 juin 1998, a retenu ce qui suit:

"[L']atteinte médullaire ou centrale, associée aux anomalies de la substance blanche visualisée à l'IRM cérébrale, sont évocatrices en premier lieu d'une affection démyélinisante, en faveur de laquelle il existe une discrète synthèse intrathécale oligoclonale d'IgG. Néanmoins, suite à la mise en évidence de sérologies de Lyme positive sériques, cet examen a été répété, avec valeurs dans le LCR. Après contrôle par western blot à Sion, on peut retenir le diagnostic de neuro-borréliose probable, même en l'absence de synthèse intrathécale spécifique; le diagnostic de sclérose en plaques concomitante ne peut cependant pas être exclu."

**C.** Les investigations et traitements accomplis entre l'automne 1998 et 2002 ont été pris en charge par la caisse-maladie du recourant. Ensuite d'une rechute et d'une nouvelle cure de rocéphine intraveineuse,

un antibactérien notamment destiné à lutter contre la *Borrelia Burgdoferi*, le recourant a présenté une incapacité de travail de 50% du 1<sup>er</sup> décembre 2001 au 3 mars 2002, puis de 100% entre le 4 et le 10 mars 2002. A la demande de la caisse-maladie, la CNA a pris en charge les conséquences de l'incapacité de travail.

**D.** Selon un diagnostic accompli le 20 décembre 2002 par le Prof. W. \_\_\_\_\_ suite à une hospitalisation du recourant, celui-ci souffrait d'une maladie démyélinisante progressive. Le diagnostic différentiel demeurait ouvert: post infectieuse (Lyme) ou primaire (sclérose en plaques). En relation avec une nouvelle lésion d'allure inflammatoire dans la région cervicale ainsi que d'au moins deux nouvelles lésions de la substance blanche supratentorielle, le rapport releva que la ponction lombaire montrait une synthèse intrathécale d'immunoglobulines, alors que les taux d'immunoglobulines spécifiques descendaient dans le liquide céphalo-rachidien (LCR). D'après le Dr M. \_\_\_\_\_, biologiste spécialiste de la borréliose à [...], et les infectiologues du [...] contactés par le Prof. W. \_\_\_\_\_, il ne s'agissait pas là d'une réactivation de l'infection, mais plutôt d'une cicatrice sérologique pouvant entraîner une atteinte auto-immune du système nerveux central, évoluant en sclérose en plaques bien que ce diagnostic ne pût être posé *lege artis* en raison de la sérologie de Lyme dans le LCR.

**E.** Le recourant a été en incapacité de travail de 50% depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003. Par courrier du 22 septembre 2004, la Dresse A. \_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste FMH en neurologie, a demandé à la CNA de prendre en charge un traitement au Betaferon. Elle motiva sa demande par l'évolution défavorable de la santé du recourant. Elle releva que le Betaferon est le seul médicament à être reconnu comme ayant une certaine efficacité dans ce type d'affection démyélinisante qui était le tableau clinique présenté par le recourant, avec ici la particularité qu'elle était probablement secondaire à la maladie de Lyme. Comme la sclérose en plaques était le seul diagnostic qui figurait parmi les indications du Betaferon, la CNA demanda par courrier du 30 septembre 2004

l'établissement d'un nouveau bilan du recourant par le service de neurologie du [...].

Selon le rapport du Prof. W. \_\_\_\_\_ daté du 8 décembre 2004, le diagnostic était double: sclérose en plaques de forme primaire progressive; status après probable neuroborréliose (1998). Le recourant présentait une sclérose en plaques de forme primaire progressive, diagnostiquée sur la base de l'évolution clinique, de l'atteinte neurologique et des résultats des examens du LCR et par imagerie par résonance magnétique (IRM). Le rapport proposa un test thérapeutique par interféron-bêta sous-cutané à hautes doses (Betaferon ou Rebif) sur une période d'une année.

Faisant suite à une demande d'informations complémentaires présentée par la CNA, le Prof. W. \_\_\_\_\_ prit position comme suit le 8 février 2005:

"[Question de la CNA: 1. Suite au bilan effectué d'octobre à décembre 2004 dans votre service, peut-on affirmer que M. X. \_\_\_\_\_ souffre d'une sclérose en plaques, affection sans cause accidentelle connue et notamment sans rapport de causalité établi avec une probable neuroborréliose diagnostiquée en 1998?]

Nous pouvons en effet sur la base de notre bilan du 26 octobre au 8 décembre 2004 affirmer que le patient présente tous les critères diagnostiques pour une sclérose en plaques de forme primaire progressive. Il n'y a en effet pas de lien causal formel établi entre (recte: avec) la probable neuroborréliose diagnostiquée et traitée dans notre service en juin 1998.

[Question de la CNA: 2. Compte tenu des résultats les plus récents, peut-on affirmer que dès le début de la symptomatologie en 1997, M. X. \_\_\_\_\_ souffrait d'une sclérose en plaques et non d'une neuroborréliose?]

Au vu des récents résultats, soit de l'IRM cérébro-médullaire du 11.11.2004, de l'examen neurologique actuel et également de l'évolution des troubles neurologiques depuis décembre 2002 (date de la seconde hospitalisation dans notre service), nous pouvons confirmer le diagnostic de sclérose en plaques, ceci nous appuyant également sur le bilan effectué en décembre 2002. Le diagnostic actuel de sclérose en plaques ne remet pas en cause notre prise de position pour une probable neuro-borréliose en juin 1998, ceci sur la base de sérologies positives.

[Question de la CNA: 3. Remarques et commentaires éventuels?]

Nous ne pouvons prendre position que sur la base de notre rapport de décembre 2002 et 2004 et ne pouvons donc retenir le diagnostic

ferme de sclérose en plaques de forme primaire progressive que lors de ces deux évaluations objectives.  
Nous pouvons donc parler de sclérose en plaques d'évolution progressive, en l'absence de poussées et de période de rémission, à dater de fin 2002."

**F.** Par lettre informelle du 7 janvier 2005, la CNA annonça au recourant suspendre l'octroi de toutes prestations d'assurances avec effet immédiat. Par lettre informelle du 27 avril 2005, elle l'informa que les frais de traitement médical ainsi que les indemnités journalières ne sont plus à sa charge dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005. A la demande du recourant, elle confirma ce courrier par décision du 20 juin 2006. Le recourant a fait opposition en date du 23 juin 2006. L'opposition a été rejetée en date du 28 août 2006.

**G.** Par acte du 29 novembre 2006, X.\_\_\_\_\_, désormais représenté par Me L.\_\_\_\_\_, a fait recours devant le tribunal cantonal des assurances contre la décision sur opposition. Il conclut à l'annulation de la décision attaquée et à son renvoi à l'autorité intimée pour complément d'instruction sous forme d'une expertise sur la question du lien de causalité entre la maladie de Lyme et tout ou partie des troubles neurologiques actuels. Subsidièrement, il conclut à la réforme de la décision en ce sens que la CNA est tenue de verser ses prestations au-delà du 1<sup>er</sup> janvier 2005. Dans l'hypothèse où le dossier ne serait pas renvoyé à l'autorité intimée, le recourant requiert du tribunal qu'il mette en oeuvre l'expertise susmentionnée.

Dans sa réponse du 5 avril 2007, l'autorité intimée, désormais représentée par Me O.\_\_\_\_\_, conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle se fonde notamment sur un rapport du 20 mars 2007 du Dr Z.\_\_\_\_\_, neurologue du service médical de la CNA.

**H.** Deux questionnaires ont été soumis par le tribunal à la demande des parties à la Dresse A.\_\_\_\_\_ et au Dr H.\_\_\_\_\_, de la division médecine du travail de la CNA. La Dresse A.\_\_\_\_\_ y a répondu

en date du 28 janvier 2008. Le Dr F.\_\_\_\_\_ y a répondu en date du 22 février 2008, à la place du Dr H.\_\_\_\_\_ parti à la retraite.

Les parties se sont déterminées en date du 25 septembre 2008 sur les réponses de la Dresse A.\_\_\_\_\_ et du Dr F.\_\_\_\_\_. Un nouvel échange d'écritures a eu lieu en date du 22 octobre et du 5 décembre 2008.

Les arguments respectifs des parties seront repris ci-dessous dans la mesure utile.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [RSV 173.36]; en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009), applicable aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** Interjeté dans le délai légal de 3 mois prévu par l'art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2007 (RO 2002 3429), le recours est recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

**2.** Le litige porte uniquement sur les prestations postérieures au 1<sup>er</sup> janvier 2005. L'intimée ne remet en effet pas en question les prestations qu'elle a versées avant cette date.

Il convient d'ajouter que cette limitation de l'objet du litige a pour conséquence que la LPGA s'applique intégralement à la présente cause (art. 82 al. 1 LPGA).

**3.** Selon l'art. 6 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20], les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

**a)** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202]). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 p. 191, consid. 1c, TFA U 93/96 du 5 février 1997).

**b)** La condition du lien de causalité naturelle 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 suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. 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; 402, consid. 4.3.1; 119 V 335, consid. 1).

**c)** Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié (TF 8C\_535/2008 du 2 février 2009, consid. 2.3; RAMA 1992 p. 75, consid. 4b; TFA U 61/91 du 18 décembre 1991).

**d)** 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; 402, consid. 2.2; 125 V 456, consid. 5a, et les références citées). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102, consid. 5b/bb, et les références citées).

**e)** On rappellera que, dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 p. 46, consid. 2; TFA U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites 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). 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 U\_47/07 du 23 juin 2008, consid. 4, et les références citées).

**4.** D'après une jurisprudence constante, l'assureur-accidents est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb).

Par ailleurs, selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4<sup>e</sup> éd., Berne 1984, p. 136; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2<sup>e</sup> éd., Berne 1983, p. 278). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, 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; 125 V 193, consid. 2, et les références citées; cf. ATF 130 III 321, consid. 3.2 et 3.3).

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. La valeur probante d'un rapport médical dépend ainsi des points de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire, et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352, consid. 3a; 122 V 160, consid. 1c, et les références citées).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la CNA aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee).

Pour ce qui est d'un avis émis par un médecin traitant de l'assuré, le juge doit tenir compte du fait que celui-ci 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, et les références; TF 8C\_1051/2008 du 6 février 2009, consid. 3.2).

Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. e LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves"; ATF 130 II 425, consid. 2.1; 122 II 464, consid. 4a; 122 III 219, consid. 3c; 120 Ib 224, consid. 2b; 119 V 335, consid. 3c, et les références citées).

**5.** L'autorité intimée considère que les atteintes à la santé du recourant n'ont, au moins depuis 2005, aucun lien de causalité avec un accident. Le recourant est, lui, d'avis qu'en l'état du dossier un lien de causalité avec la maladie de Lyme (ou infection à *Borrelia Burgdorferi*) ne peut pas être exclu, de sorte qu'il faudrait renvoyer la cause à l'autorité intimée pour ordonner une expertise.

**6.** Toutes les caractéristiques de l'accident (art. 9 al. 1 OLAA) sont réalisées en cas de morsure de la tique du genre *Ixodes* (ATF 122 V 230, consid. 5). Le recourant soutient souffrir ou au moins avoir souffert d'une neuroborréliose suite à une telle morsure.

**a)** En raison des résultats des examens de laboratoire en 1998 et en 2002 avec mise en évidence de sérologies de Lyme positive sériques, de valeurs dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) et contrôle par western blot, on peut admettre avec la vraisemblance prépondérante requise que le recourant a été en contact avec la bactérie de la famille des *Borrelia* et qu'il a développé des anticorps, ce que la CNA ne conteste pas. La constatation de l'accident - c'est-à-dire la morsure par une tique - n'est pas nécessaire (TFA U 180/05 du 17 août 2005, consid. 2). Le moment de l'accident peut également être laissé ouvert, car le recourant était assuré pour les accidents auprès de la CNA depuis le 1<sup>er</sup> mars 1985.

**b)** Le diagnostic de neuroborréliose a été qualifié de probable par le Prof. W.\_\_\_\_\_ du service de neurologie du [...], le 26 juin 1995, malgré l'absence de synthèse intrathécale spécifique. Selon le rapport du 12 mars 2001 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, "l'atteinte pyramidale présentée par M. X.\_\_\_\_\_ est le plus probablement en relation avec la neuroborréliose mise en évidence dans le service de neurologie du [...]"; ce rapport n'a toutefois pas écarté la possibilité d'une sclérose en plaque, même si "le caractère actuellement stationnaire des troubles serait peut-être un élément plutôt en faveur d'une neuroborréliose actuellement stabilisée". De même, le 6 juin 2002, le Prof. R.\_\_\_\_\_ du service de neurologie du [...] a considéré la neuroborréliose comme une des causes possibles de l'atteinte corticospinale bilatérale qu'il avait diagnostiquée. La neuroborréliose a été maintenue comme un des deux diagnostics différentiels en décembre 2002 par le Prof. W.\_\_\_\_\_ en raison de la sérologie de Lyme dans le LCR. Dans sa prise de position du 8 février 2005, le Prof. W.\_\_\_\_\_ a estimé que son nouveau diagnostic de sclérose en plaques ne remettait pas en cause son diagnostic de juin 1998 de probable neuroborréliose "ceci sur la base de sérologies positives"; en revanche, il est revenu sur son diagnostic de décembre 2002 en retenant le diagnostic ferme de sclérose en plaques de forme primaire progressive aussi pour l'évaluation objective de 2002. Selon une communication téléphonique entre le requérant et la CNA du 28 juillet 2003, le diagnostic de maladie de Lyme ou borréliose aurait été confirmé par les analyses faites par "deux éminents spécialistes" de l'Hôpital U.\_\_\_\_\_ en France où le requérant a été hospitalisé en juillet 2003; aucun rapport médical faisant la synthèse des examens ne figure toutefois au dossier, de sorte que ce "diagnostic" de l'Hôpital U.\_\_\_\_\_ ne peut pas être pris en considération dans la présente procédure. Dans son avis du 20 mars 2007, le Dr Z.\_\_\_\_\_, neurologue de la division médicale de la CNA, soutient que le diagnostic de neuroborréliose probable de 1998 a la valeur d'un diagnostic de travail (*Verdachtsdiagnose*). S'il estime plausible le fait que le requérant ait souffert en 1998 ou auparavant d'une infection de Lyme-borréliose, il considère que l'existence d'une neuroborréliose en 1998 est une simple possibilité non démontrée. D'une part, l'existence d'anticorps

dans le LCR peut être expliquée par une rupture de la barrière hémato céphalique consécutive d'une sclérose en plaques. De plus, l'absence de synthèse intrathécale d'anticorps dans le LCR ne correspond pas aux exigences posées par la littérature pour la reconnaissance d'une neuroborréliose en référence à un article paru dans le Bulletin des médecins en 2005. En outre, le recourant a été traité de manière adéquate par antibiotique à deux reprises, ce qui exclut en pratique à son avis le développement d'une neuroborréliose chronique. Cet avis est partagé par le Dr F.\_\_\_\_\_, de la division médecine du travail de la CNA, dans ses réponses du 22 février 2008 aux questions des parties. La Dresse A.\_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste FMH en neurologie, diagnostique en revanche dans son rapport du 28 janvier 2008 une affection démyélinisante d'évolution progressive ayant fait suite ou concomitante à une neuroborréliose. Elle estime que certains tests de 2002 montreraient une synthèse possible d'anticorps anti-borrelia dans le LCR.

**c)** Selon la jurisprudence, le diagnostic de neuroborréliose – de quelque degré soit-il – requiert une image clinique correspondante et l'exclusion de toute autre cause pour les symptômes cliniques (TF U\_155/06 du 19 avril 2007, consid. 4.3; TFA U 180/05 du 17 août 2005, consid. 4.1; TFA U 146/03 du 2 avril 2004, consid. 2.2). Suivant le stade de la maladie, des résultats de tests de laboratoire peuvent accroître la vraisemblance d'un diagnostic de neuroborréliose, mais l'existence de sérologies positives ne suffit pas pour démontrer l'existence d'une neuroborréliose (TF U\_155/06 du 19 avril 2007, consid. 4.3; TFA U 208/05 du 18 janvier 2006, consid. 4; TFA U 217/03 du 15 avril 2004, consid. 4; tous en référence à Satz, Klinik der Lyme-Borreliose, 2<sup>e</sup> éd., Berne 2002, p. 70).

Au regard de la condition posée par la jurisprudence pour reconnaître un diagnostic de neuroborréliose, à savoir l'exclusion de toute autre cause pour les symptômes cliniques, il ne suffit pas que la neuroborréliose soit autant ou plus probable qu'une autre maladie. C'est la

possibilité d'une autre cause qui doit être exclue avec une vraisemblance prépondérante.

**d)** A aucun moment, les experts consultés par le recourant ou par l'assureur n'ont prononcé un diagnostic unique de neuroborréliose. Ce diagnostic a toujours été l'un de ceux qui étaient envisageables. Dès 1998, la sclérose en plaques a été envisagée comme un autre diagnostic possible. Même le médecin traitant du recourant, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en maladies rhumatisales, avait considéré le 31 octobre 2002 la neuroborréliose comme une des trois origines possibles de la symptomatologie du recourant. La possibilité d'une autre cause pour les symptômes cliniques n'a ainsi jamais été exclue avec une vraisemblance prépondérante. Il en découle que l'existence d'une neuroborréliose chez le recourant ne peut pas être considérée comme prouvée jusqu'à présent.

**7.** Il convient maintenant d'examiner si le diagnostic de sclérose en plaques de forme primaire progressive posé par le Prof. W.\_\_\_\_\_ dans ses rapports du 8 décembre 2004 et 8 février 2005 permet d'exclure une neuroborréliose en raison de la subsidiarité de ce diagnostic.

**a)** Le Prof. W.\_\_\_\_\_ a fondé son diagnostic de sclérose en plaques de forme primaire progressive sur la base de l'évolution clinique, de l'atteinte neurologique multioculaire et des résultats des examens du LCR et IRM. Si le recourant souffrait en 2002 d'une force segmentaire diminuée au niveau du membre inférieur droit et d'une discrète parésie distale du membre supérieur droit, il est passé en 2004 à une parésie du membre supérieur droit proximale (M5-) et distale (M4+ à M5-), à une parésie du membre inférieur gauche (M4+ à M4 globale) et à une parésie du membre inférieur droit proximale (M4 à M2) et distale (M2- à M1). La ponction lombaire a montré en 2002 une synthèse intrathécale d'immunoglobuline oligoclonales et une rupture de la barrière hémato-céphalique. En 2002, l'IRM a mis en évidence une nouvelle lésion d'allure inflammatoire dans la région cervicale ainsi qu'au minimum deux nouvelles lésions de la substance blanche supratentorielle. L'IRM cérébrale et médullaire du 11 novembre 2004 a révélé des lésions hyperintenses

inchangées par rapport à l'examen de 2002 malgré une discrète atrophie globale cérébrale. Dans son rapport complémentaire du 8 février 2005, le Prof. W.\_\_\_\_\_ déclara que, sur la base du bilan du 26 octobre au 8 décembre 2004, il pouvait affirmer que le recourant présentait tous les critères diagnostiques pour une sclérose en plaques de forme primaire progressive.

Le rapport du 8 décembre 2004 énonce comme diagnostic parallèle à la sclérose en plaques de forme primaire progressive un "status après probable borréliose (1998)". Ce rapport n'examine en revanche aucunement ce status. Seul le rapport complémentaire du 8 février 2005 se prononce en une phrase sur le rapport de causalité avec la "probable" neuroborréliose diagnostiquée en 1998 en niant tout lien sans autre motivation.

Selon le rapport du 20 mars 2007 du Dr Z.\_\_\_\_\_, neurologue du service médical de la CNA, le diagnostic de sclérose en plaques de forme primaire progressive peut être considéré comme suffisamment établi depuis décembre 2004 pour trois motifs. D'abord il considère qu'une neuroborréliose peut déjà être exclue en raison de l'absence de synthèse intrathécale d'anticorps. Ensuite, il est d'avis qu'une neuroborréliose chronique est exclue en pratique par le fait que le recourant a été traité de manière adéquate par antibiotique à deux reprises. Enfin, il estime que les critères diagnostiques de la sclérose en plaques de forme primaire progressive sont remplis: progression des atteintes neurologiques depuis plus d'un an, résultats compatibles du LCR, existence de lésions typiques en nombre suffisant dans les résultats de l'examen IRM.

La Dresse A.\_\_\_\_\_ déclare dans ses réponses aux questions des parties que les symptômes peuvent être analysés comme une affection démyélinisante d'évolution progressive qui fait suite ou est concomitante à une neuroborréliose. Elle estime que les troubles du recourant ne sont pas caractéristiques. Une neuroborréliose tardive s'exprime à son avis aussi par une atteinte du système nerveux central généralement graduelle et chronique qui peut se confondre avec une

sclérose en plaques, quelques éléments orientatifs pouvant parfois les différencier, mais pas toujours.

Quant au Dr F. \_\_\_\_\_ de la CNA, il estime dans ses réponses du 22 février 2008 que le diagnostic de sclérose en plaques est certain et qu'il n'y a pas à son avis de raison ou d'élément objectif quelconque à l'appui de l'hypothèse qu'une part des symptômes neurologiques progressifs s'inscrivant dans l'évolution d'une sclérose en plaques puisse ici être due à une neuroborréliose chronique.

**b)** Les rapports du 8 décembre 2004 et du 8 février 2005 du Prof. W. \_\_\_\_\_ sont fondés sur des examens approfondis, tiennent compte des affections dont se plaint l'intéressé, ont été établis en connaissance de l'anamnèse, font un exposé cohérent du contexte médical et apprécient de manière claire la situation médicale. En principe, ils remplissent donc toutes les exigences pour avoir une pleine valeur probante. Ils ne fournissent toutefois aucune motivation substantielle pour la négation du lien de causalité entre les symptômes et une éventuelle neuroborréliose alors que le diagnostic de 1998 de "probable neuroborréliose" est confirmé dans le rapport complémentaire du 8 février 2005. La formulation du rapport complémentaire du 8 février 2005 est sur ce point trop imprécise: il n'est même pas clair si le lien de causalité est nié par rapport aux symptômes ou par rapport à la sclérose en plaques diagnostiquée. Les rapports du 8 décembre 2004 et du 8 février 2005 ne remplissent donc pas entièrement les exigences de la jurisprudence (ATF 125 V 352, consid. 3a; 122 V 160, consid. 1c, et les références citées) pour que l'on leur reconnaisse une pleine valeur probante en ce qui concerne le lien de causalité avec une éventuelle neuroborréliose.

**c)** Les arguments avancés par le rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ sont en revanche convaincants dans leur ensemble. L'argument principal est que, conformément à ce que soutiennent les rapports du Prof. W. \_\_\_\_\_ du 8 décembre 2004 et du 8 février 2005, les critères diagnostiques de la sclérose en plaques de forme primaire progressive sont remplis dans le cas d'espèce depuis 2002. Le recourant ne le conteste d'ailleurs pas. Il

soutient essentiellement que l'on ne peut pas exclure une autre cause pour ses symptômes et en particulier un lien avec la maladie de Lyme. Cette conception trouve appui dans l'analyse susmentionnée de la Dresse A.\_\_\_\_\_.

Or, le diagnostic de neuroborréliose n'est reconnu par la jurisprudence, comme nous l'avons vu plus haut, qu'à la condition qu'une autre cause pour les symptômes cliniques soit exclue. Ni le recourant ni la Dresse A.\_\_\_\_\_ ne fournissent d'éléments qui inciteraient à s'écarter de cette analyse en ce qui concerne une "affection démyélinisante d'évolution progressive qui fait suite ou est concomitante à une neuroborréliose" que la Dresse A.\_\_\_\_\_ diagnostique chez le recourant. Il ne suffit donc pas que le diagnostic posé par la Dresse A.\_\_\_\_\_ ne soit pas exclu. Il faut bien plus que ce soit celui de sclérose en plaques de forme primaire progressive qui soit lui-même exclu dans le cas d'espèce. Or, même le rapport de la Dresse A.\_\_\_\_\_ ne fournit pas d'éléments factuels permettant d'exclure ou tout au moins de rendre invraisemblable le diagnostic de sclérose en plaques.

L'argumentation du recourant est en outre considérablement affaiblie par le fait que sa neuroborréliose ne peut pas être considérée comme ayant été prouvée jusqu'à présent malgré de nombreuses analyses détaillées (cf. consid. 6 supra). De plus, l'absence de preuve de synthèse intrathécale d'anticorps spécifiques dans les tests de 1998 et 2002 est un indice fort en défaveur de l'existence d'une neuroborréliose, même si la production intrathécale d'anticorps n'est démontrée que dans 80% à 90% des cas au stade II de la borréliose de Lyme (Orasch/Itin/Flückiger, Borréliose de Lyme en Suisse, Cabinet - Forum Med Suisse, 2007, p. 851).

**d)** Selon le recourant, le diagnostic de sclérose en plaques de forme primaire progressive aurait été établi aux fins de permettre la prise en charge du traitement au Betaferon dont les indications sont limitées à la sclérose en plaques. Outre le fait que ce diagnostic était envisagé comme diagnostic différentiel depuis 1998, les éventuels motifs ne

modifient pas le fait que les critères diagnostiques de la sclérose en plaques de forme primaire progressive sont remplis. Or, c'est cela qui est déterminant.

**e)** Il résulte de ce qui précède que la sclérose en plaques de forme primaire progressive est, avec une vraisemblance prépondérante, la cause naturelle des symptômes cliniques du recourant au moins depuis le début de la période litigieuse, soit dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005.

**f)** S'agissant de la délimitation entre la sclérose en plaques et la maladie de Lyme, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande du recourant d'ordonner une expertise interdisciplinaire afin d'établir le lien de causalité entre la maladie de Lyme et tout ou partie des troubles neurologiques actuels. Le tribunal est en effet d'avis que l'expertise demandée ne conduira pas à un résultat différent. Au regard de la subsidiarité du diagnostic de neuroborréliose ou de maladie de Lyme, le diagnostic de sclérose en plaques de forme primaire progressive restera déterminant, car ses critères diagnostiques sont remplis avec une vraisemblance prépondérante.

**8.** La sclérose en plaques de forme primaire progressive n'est pas considérée ordinairement comme ayant une cause accidentelle. Elle constitue ainsi une maladie au sens de l'art. 3 LPGA qui n'est pas prise en charge par l'assurance-accident. Le recourant soutient néanmoins en substance que sa sclérose en plaques pourrait n'être que la conséquence de la maladie de Lyme diagnostiquée en 1998 et avoir ainsi une cause accidentelle. Il requiert la clarification de ce point par voie d'une expertise interdisciplinaire.

**a)** La Dresse A. \_\_\_\_\_ a affirmé ce qui suit à ce propos dans son avis du 28 janvier 2008:

"3.5 A votre connaissance, une maladie de Lyme peut-elle évoluer en sclérose en plaques?

Il n'y a pas actuellement à ma connaissance de lien formel établi entre les 2 affections. Cependant, il faut dire que l'on ne connaît pas les causes exactes de la sclérose en plaques; comme il semble que certaines infections virales peuvent favoriser le déclenchement de la

sclérose en plaques, il ne serait pas impossible d'imaginer que d'autres micro-organismes comme un spirochète (*Borrelia Burgdorferi*) puissent déclencher également cette affection démyélinisante. Les deux affections, soit la SEP et la neuroborréliose tardive, sembleraient d'autre part relever aussi toutes les deux de mécanismes auto-immuns. On constate dans les deux affections la présence d'une synthèse intrathécale de gammaglobulines. Il a par ailleurs été possible de mettre en évidence dans le cas de la neuroborréliose tardive une élévation importante au niveau du liquide céphalo-rachidien de différentes substances dont notamment des anticorps dirigés contre la protéine de la myéline basique, l'ensemble évoquant des mécanismes étiopathogéniques assez semblables à ceux de la sclérose en plaques."

Le Dr F. \_\_\_\_\_ de la CNA a répondu en revanche par la négative à la question de la possibilité pour une maladie de Lyme d'évoluer en sclérose en plaques.

Quant aux autres rapports médicaux, ils ne se prononcent pas (ou du moins pas suffisamment explicitement) sur cette question.

**b)** Au regard de l'analyse de la Dresse A. \_\_\_\_\_, l'existence d'un rapport de causalité entre une sclérose en plaques et une neuroborréliose antérieure apparaît trop incertaine pour qu'il y ait lieu de diligenter une expertise afin d'établir si un tel lien existe dans le cas d'espèce. La sclérose en plaques de forme progressive primaire peut être considérée avec une vraisemblance prépondérante comme dépourvue de lien de causalité avec une éventuelle neuroborréliose du recourant. La demande d'expertise doit donc aussi être rejetée concernant ce point.

**9.** Le recourant a souffert en janvier 1996 d'un accident de télésiège au cours duquel son membre inférieur droit a subi à cette occasion une importante traction et une rotation externe.

**a)** Après avoir affirmé en 1998 qu'une partie de la symptomatologie est secondaire à l'accident de télésiège de janvier 1995 (recte: 1996), probablement sur atteinte du tronc sciatique avec sciatique poplitée externe droit, le Prof. W. \_\_\_\_\_ a déclaré dans son expertise du 8 décembre 2004 que l'atteinte parétique du membre inférieur droit a certainement une composante mixte, "les séquelles du traumatisme de

[1996] (atteinte du SPE et du sciatique à droite) étant certainement décompensées par l'atteinte cortico-spinale surajoutée secondaire à la sclérose en plaques".

Selon le rapport du Prof. R. \_\_\_\_\_ du 6 juin 2002, l'affection qui touche principalement le membre inférieur droit "sont certainement en relation avec la symptomatologie déjà mentionnée lors des précédentes hospitalisations, peut-être en relation avec cette chute du télésiège en 1996".

Le Dr Z. \_\_\_\_\_ de la CNA considère qu'il n'est pas facilement compréhensible qu'un dommage neurologique périphérique puisse avoir une évolution progrédiente (c'est-à-dire s'accroissant progressivement). A son avis, les conséquences de l'accident bagatelle de 1996 peuvent être considérés dès 1998 comme étant négligeables en comparaison des autres causes.

**b)** Au regard de l'évolution des symptômes du recourant qui vont au-delà du membre inférieur droit et s'accroissent notablement depuis 1998, l'accident de janvier 1996 ne peut pas être considéré avec une vraisemblance prépondérante comme ayant encore un lien de causalité naturelle avec les atteintes à la santé dont le recourant souffre depuis le début de la période litigieuse, soit dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005.

**10.** Il découle de ce qui précède que les symptômes du recourant depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005 ne peuvent plus être rattachés à une cause accidentelle, qu'il s'agisse de la morsure de tique ou de l'accident de télésiège de janvier 1996.

**11.** L'autorité intimée a pris en charge jusqu'à fin 2004 les frais de traitement et accordé des indemnités journalières sans avoir rendu de décision formelle. Le recourant conteste le fait que l'autorité intimée ait mis un terme à la prise en charge des prestations avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2005 alors que la décision n'a été rendue le 20 juin 2006. Il estime avoir droit aux prestations jusqu'au 20 juin 2006.

Selon la jurisprudence, la prise en charge du traitement médical et l'octroi d'indemnités journalières sont des prestations provisoires. Si les conditions d'octroi n'étaient déjà plus remplies avant que la décision soit rendue, l'assureur peut mettre fin à ces prestations avec effet rétroactif (ATF 133 V 57, consid. 6.8). Comme il a été constaté que ces conditions de prise en charge ne sont plus remplies en l'espèce dès le début de la période litigieuse, soit dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005, la décision attaquée pouvait supprimer la prise en charge de prestations avec effet rétroactif jusqu'à cette date. Comme aucune prestation n'a été versée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005, il n'importe pas que l'autorité ait tardé à rendre une décision formelle. Le grief doit donc être rejeté.

**12.** Il en résulte que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise. Le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA) ni allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents du 28 août 2006 est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président:

Le greffier:

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à:

- Me L. \_\_\_\_\_ (pour X. \_\_\_\_\_),
- Me O. \_\_\_\_\_ (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- 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: