

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juin 2014

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Neu et Mme Berberat
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

E. _____, à Carrouge (VD), recourante, représentée par Me Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne,

et

S. _____, à Martigny, intimée.

Art. 4, 43 al. 1 et 44 LPGA ; 6 al. 1, 10 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1960, est employée depuis novembre 1996 en tant que professeure à la filière de [...] de la Haute Ecole Cantonale Vaudoise (HECV) à [...], soit pour le compte de l'Etat de Vaud. A ce titre, elle est assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles selon la LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, RS 832.20) auprès de S._____ (ci-après : S._____ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident LAA du 11 mars 2011, l'employeur de l'assurée a annoncé à S._____ la survenance de l'événement suivant :

"Promenade en forêt. Morsure par une tique. Infection à Borella [recte : Borrelia]/maladie de Lyme. Date : entre mi-juillet et début août, indéterminé. Mis date 15.07.10, heure 12 :00. Deux incapacités travail : nov + déc."

La partie du corps atteinte par la morsure de tique était la jambe droite de l'assurée, laquelle avait par la suite interrompu son activité professionnelle à 100% du 1^{er} novembre 2010 jusqu'au 8 novembre 2010 y compris.

Selon des certificats médicaux adressés le 14 mars 2011 par l'employeur, l'assurée avait subi plusieurs arrêts de travail à divers taux pour la période de décembre 2010 à fin mars 2011.

Dans un rapport du 27 mars 2011, le Dr H._____, médecin traitant et spécialiste en médecine générale au Centre médical [...] à [...], a indiqué ce qui suit au médecin-conseil de l'assureur-accidents:

"Diagnostic : maladie de Lyme

Mordue en forêt, elle développe un érythème migrant sur la cuisse motivant la prise de tétracyclines durant 21 jours.

Ceci ne va pas empêcher le stade 2 qui cliniquement se manifeste par des arthralgies (épaules, coudes et chevilles), des céphalées et une asthénie inhabituelle s'accompagnant de troubles du sommeil, conduisant à la prise d'AINS avec un effet très partiel.

Dans les circonstances sans rapport avec l'accident, relevons des antécédents de fibromyalgie et une période psychologiquement difficile en lien avec un divorce.

Elle occupe un poste d'enseignante dans une école HES et a tenté de travailler au maximum de ses capacités. Elle n'a pas pu se faire remplacer intégralement sur toute cette période si bien qu'elle y est allée même en étant malade. Ceci explique un découpage très compliqué de ses jours d'arrêt d'activité. Un autre élément dont il faut tenir compte est celui de la fluctuation des symptômes, expliquant qu'il a fallu par moment ré-augmenter le taux d'incapacité.

- 100% du 1 au 7.11.2010
- 50% du 6.12 au 24.12.2010
- 100% du 14.2 au 23.2.2011
- 50% du 28.2 au 27.3.2011 avec projet d'une reprise à 100% dès le 28.3.2011.

A ce jour, les douleurs se sont nettement améliorées avec l'adjonction d'un antidépresseur connu pour ses effets bénéfiques dans le contexte de douleurs en passe de devenir chroniques, alors que des difficultés de sommeil persistent avec une asthénie en constante amélioration."

Etaient notamment joints, des résultats d'examens sérologiques effectués le 14 mars 2011 à la demande du Dr H. _____ dont il résultait que l'assurée présentait un index de 0.99 IgG s'agissant d'anticorps anti-Borrelia, à savoir un résultat sérologique positif à ladite bactérie.

Selon une « Fiche téléphonique » du 15 avril 2011 établie par un des collaborateurs de S. _____, l'assurée a finalement repris son activité professionnelle en plein dès le 28 mars 2011.

En réponse au questionnaire que lui a adressé son assureur-accidents, E. _____ a indiqué, le 1^{er} juin 2011, que le traitement médical auprès de son médecin traitant n'était pas encore terminé. S'agissant de son traitement de physiothérapie, celle-ci précisait que la première série en était terminée.

A teneur d'une ordonnance médicale établie le 10 juin 2011, le Dr H. _____ a prescrit les médicaments suivants à sa patiente :

"CITALOPRAM, Mepha lactabs 40 mg 98 pce, 1-2x/j. {1-0-0-0}, 1E
UMCKALOABO, solution 50 ml, 3x/j. {1-1-1-0} 30 gttes, 1E
Stilnox 10 [mg] (30 [pce])"

Le 16 août 2011, S. _____ s'est adressée en ces termes à l'assurée s'agissant de la prise en charge de séances (traitement) d'ostéopathie :

"Madame,

Nous nous référons à votre accident cité en référence pour les suites duquel vous avez consulté Madame T. _____, ostéopathe à [...].

En premier lieu, nous devons vous informer que l'ostéopathie n'est en principe pas une thérapie à charge de l'assurance-accidents.

Nous sommes néanmoins disposés à intervenir de façon limitée si le traitement est prescrit par un médecin en lieu et place de la physiothérapie.

Notre participation se limite à Fr. 50.- par séance.

Dans le cas d'espèce, nous devons toutefois constater que vous ne bénéficiez pas d'une prescription d'un médecin et ne pourrions malheureusement intervenir en votre faveur.

Nous vous laissons dès lors le soin de vous adresser à votre assurance-maladie complémentaire éventuelle.

Nous regrettons de ne pouvoir vous apporter cette fois-ci de meilleures nouvelles et vous présentons, Madame, nos meilleures salutations."

A teneur d'une ordonnance médicale établie le 22 août 2011, le Dr H. _____ a prescrit les médicaments suivants à l'assurée :

"DAFLON 500, cpr 500 mg 60 pce, 2x/j {1-0-1-0}, 1E
VENUGEL, gel 100 g, 1E
TORASEMIDE, Sandoz eco cpr 2.5 mg 20 pce, 1x/j {1-0-0-0}, 1E"

Le 9 septembre 2011, ce même médecin a prescrit à sa patiente un bas de contention ainsi que la prise de ces médicaments :

“VENUGEL, 2 x 100g
DAFLON 500, cpr 500 md 60 pce, 2x/j {1-0-1-0}, 1E
FRAXIPARINE 0.3 ML, sol inj 2 ser prête 0.3 ml, 1E”

A teneur d'une ordonnance médicale du 8 novembre 2011, le Dr H. _____ a encore prescrit les médicaments suivants à l'assurée :

“DOXYCLIN FORTE, cpr 200 mg 8 pce, 2x/j {0.5-0-0.5-0}, 2E
CITALOPRAM, Mepha lactabs 20 mg 98 pce, 1x/j {1-0-0-0-0}, 1E
DAFLON 500, cpr 500 mg 60 pce, 2x/j {1-0-1-0}, 2E”

Le 13 novembre 2011 en réponse aux questions de S. _____, le Dr H. _____ a indiqué ce qui suit au médecin-conseil de l'assureur :

“Diagnostic : maladie de Lyme

Monsieur et cher Confrère,

Je donne ici quelques éléments complémentaires à mon courrier précédent qui résume déjà cette situation complexe.

La patiente a présenté depuis, des signes d'acrodermatite avec dyscoloration de la peau avec des signes d'insuffisance veineuse, de même que la récurrence d'arthralgies et de phase inhabituelle d'asthénie. Tout ceci corrobore notre impression clinique de maladie de Lyme. Je l'ai vue la dernière fois fin août mais nous venons d'avoir une longue conversation téléphonique, pour notamment signaler la recrudescence de certains symptômes.

Elle n'a pas manqué son travail actuellement. Un monitoring sanguin a été proposé avec la possibilité de recourir encore à un avis spécialisé.

Je vous remercie et vous adresse, cher Confrère, mes salutations les meilleures.”

Selon de nouveaux examens sérologiques (ou monitoring sanguin) effectués le 9 novembre 2011, l'assurée présentait des indices de 0.06 et 0.13 IgG s'agissant d'anticorps anti-Borrelia, soit un résultat sérologique inférieur à la valeur de référence fixée à 0.20 IgG.

Il ressort ce qui suit d'une « Fiche téléphonique » du 2 décembre 2011, établie après un entretien le jour même de l'un des collaborateurs de S. _____ avec l'assurée :

“Le monitoring sanguin a bien été effectué il y a environ 2 semaines. Elle [l’assurée] a eu les résultats et cela va mieux, il y a une bonne amélioration.

Elle n’a pas prévu de revoir le Dr H._____. Il lui avait prescrit à nouveau un traitement d’antibiotiques mais voyant les résultats du monitoring elle a refusé de les prendre.

Le traitement de physiothérapie est terminé.

Elle a également fait des séances de drainages lymphatiques, facture qu’elle doit encore nous envoyer. Elle a eu une complication à cause des anti-inflammatoires.

A propos de notre refus d’ostéopathie elle va nous envoyer aussi une ordonnance.

Elle prend encore des anti-dépresseurs à cause de ses troubles du sommeil. Elle va sûrement arrêter au retour du printemps.

Le principal problème est actuellement la fatigue, conduire lui semble compliqué et parfois elle n’a plus d’énergie pour les 2^{ème} parties de journées.”

Le 17 avril 2012, E._____ a envoyé à S._____ diverses factures de pharmacie (reçues en retour de la part de l’assureur précité), une ordonnance d’ostéopathie avec la facture correspondante ainsi qu’une copie de l’ordonnance et facture pour des bas de contention. Elle demandait le règlement du tout à son assureur-accidents.

Par décision du 5 juillet 2012, S._____ a informé l’assurée que l’étendue de sa prise en charge pour les suites médicales de l’infection sanguine annoncée était la suivante :

“[...]

Dans le cas d’espèce, le dernier monitoring sanguin effectué a démontré que la Maladie de Lyme n’était plus active. Selon notre médecin-conseil, l’origine de vos troubles persistants ne peut dès lors être attribuée avec vraisemblance à la morsure de tique.

Par conséquent, au vu des pièces médicales et de l’accident en cause, la relation de causalité entre vos troubles et l’accident du 15 juillet 2010 ne peut être admise que jusqu’au 8 novembre 2011. L’octroi des prestations peut donc être garanti par S._____ jusqu’à la date précitée.

Les soins donnés dès le 9 novembre 2011 relèvent par conséquent de la garantie de votre assurance-maladie qui nous lit en copie.
[...]

D'autre part, nous vous confirmons que l'ostéopathie n'est pas une thérapie scientifiquement reconnue à la charge de l'assurance sociale de base. Il s'agit d'une thérapie à la charge de l'assurance-complémentaire.

Dans un souci de pragmatisme, nous sommes toutefois disposés à intervenir à bien plaisir de façon limitée si le traitement est prescrit par un médecin en lieu et place de la physiothérapie. Or, tel n'a pas été le cas en l'espèce, ce qui ne nous permet pas d'intervenir en votre faveur.

A propos des frais de pharmacie, les médicaments suivants relèvent de la garantie de l'assurance-accidents : Arcoxia, Venugel, Daflon, Torasemid et Fraxiparine. Pour ce qui est des autres médicaments (Imovane, Lexotanil, Citalopram, Stilnox), il ne nous est pas possible de les prendre en charge et nous vous laissons le soin de vous adresser à votre caisse-maladie."

Selon courrier du 27 juillet 2012, l'assurée a fait part à S._____ de son opposition contre la décision précitée. Elle reprochait en substance à l'assureur-accidents un manque d'instruction. A la suivre, la décision litigieuse était fondée sur des données médicales incomplètes, non actualisées et ne tenant pas compte des particularités ni de l'enchaînement des événements liés à son cas. Elle observait que l'absence de marqueurs biologiques n'était pas à elle seule représentative de son tableau médical, lequel n'avait en l'occurrence pas été évalué. Elle sollicitait en ce sens un entretien avec le médecin-conseil de S._____. S'agissant des médicaments facturés, l'assurée précisait qu'ils lui avaient tous été prescrits par un médecin.

Le 6 septembre 2012, S._____ a notamment répondu à l'assurée qu'en l'état, un éventuel examen par son médecin-conseil ne faisait pas partie des mesures d'investigations préconisées.

Il ressort en particulier d'une « Fiche téléphonique » du 10 octobre 2012 établie par un des collaborateurs de S._____ que l'assurée a informé que les symptômes de la maladie de Lyme étaient réglés mais qu'elle était en sevrage en lien avec les anti-dépresseurs. La dernière consultation de son médecin traitant remontait au 8 mai 2012 sans une prochaine consultation de prévue. L'assurée a par ailleurs indiqué avoir transmis l'ensemble des factures hormis deux d'entre elles relatives à de la réflexologie d'un montant total d'environ 900 francs.

Le 15 octobre 2012, E._____ a également précisé que les bas de contention avaient été prescrits à la suite d'une complication de son traitement et que l'ostéopathie prescrite par le Dr H._____ l'avait été au motif que la physiothérapie n'avait pas donné de résultats satisfaisants. S'agissant des factures, elle allait encore transmettre celles se rapportant à la réflexologie prodiguée par une « infirmière reconnue », à savoir deux fois cinq séances, ainsi que celles relatives à cinq séances de drainage lymphatique.

En complément à son opposition du 27 juillet 2012, l'assurée a notamment communiqué ce qui suit en lien avec l'évolution de son état de santé :

"[...]

A ce jour mon état de santé continue de s'améliorer progressivement. Je diminue les doses de Cipralax, mais par contre la diminution des doses de Daflon n'est pas satisfaisante. [...]"

Dans une notice médicale du 21 décembre 2012, le Dr P._____, spécialiste en anesthésiologie et médecin-conseil de S._____, a porté l'appréciation suivante sur le cas de l'assurée :

"La maladie de Lyme est une infection bactérienne pouvant évoluer en plusieurs phases :

- 1) dermatologique
- 2) rhumatologique
- 3) etc.

Elle est curable par un traitement antibiotique.

La probabilité d'une persistance des douleurs rhumatologiques après plusieurs mois de traitement est faible.

La présence de problèmes rhumatologiques préexistants nous conforte dans notre décision de considérer que la relation de causalité entre l'accident du 15 juillet 2010 et la symptomatologie rhumatologique n'a pas un degré de probabilité suffisant dès le 9 novembre 2011."

Par décision sur opposition du 11 février 2013, S._____ a rejeté l'opposition de l'assurée et maintenu sa décision rendue le 5 juillet 2012. Ses constatations étaient les suivantes :

- “4. En l'espèce, selon la déclaration d'accident remplie le 11 mars 2011, Mme E._____ s'est fait mordre par une tique et a développé la maladie de Lyme. Le rapport du 27 mars 2011 du Dr H._____ mentionne que les douleurs se sont nettement améliorées, que des difficultés de sommeil persistent, mais que l'asthénie est en constante amélioration. Le médecin mentionne des antécédents de fibromyalgie et une période psychologiquement difficile en relation avec un divorce, éléments qui sont sans rapport avec l'accident.

Le 13 novembre 2011, nouveau rapport du Dr H._____, qui signale qu'il n'a pas revu l'assurée depuis fin août, mais que cette dernière lui a signalé par téléphone une recrudescence de certains symptômes. Le Dr H._____ lui propose un nouveau monitoring sanguin.

Lors de l'entretien téléphonique entre S._____ et Mme E._____ en date du 2 décembre 2011, cette dernière a déclaré que suite aux résultats du monitoring, elle a refusé de prendre le nouveau traitement d'antibiotiques prescrit par le Dr H._____, et qu'il y avait une bonne amélioration. En effet, les résultats du dernier monitoring sanguin montraient que l'assurée n'était plus positive à la maladie de Lyme.

Le rapport du Dr P._____, spécialiste FMH et médecin-conseil de S._____, daté du 21 décembre 2012 mentionne: « La maladie de Lyme est une infection bactérienne pouvant évoluer en plusieurs phases 1) dermatologique 2) rhumatologique 3) etc. Elle est curable par un traitement antibiotique. La probabilité d'une persistance des douleurs rhumatologiques après plusieurs mois de traitement est faible. La présence de problèmes rhumatologiques préexistants nous conforte dans notre décision de considérer que la relation de causalité entre l'accident du 15 juillet 2010 et la symptomatologie rhumatologique n'a pas un degré de probabilité suffisant dès le 9 novembre 2011.».

5. Fondée sur ce qui précède, force est de constater que les troubles dès le 9 novembre 2011, ne sont plus en relation de causalité avec la morsure de tique en juillet 2010, ces troubles ayant un caractère maladif ou dégénératif.”

B. Par acte du 15 mars 2013, E._____, représentée par Me Anne-Sylvie Dupont, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée. Elle conclut avec dépens, principalement, à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à la prise en charge du traitement médical au-delà de la date du 8 novembre

2011 et subsidiairement, à l'annulation de la décision litigieuse, le dossier de la cause étant renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. Elle a produit un tableau récapitulatif des traitements prescrits consécutivement à l'accident assuré dont il résulte qu'antérieurement à la date du 8 novembre 2011 qui correspond à la décision de l'assureur-accidents de mettre un terme aux prestations, S._____ avait déjà refusé la prise en charge de plusieurs factures de médicaments. Sur le fond, la recourante observe en substance que la décision attaquée repose sur la notice du 21 décembre du Dr P._____ qui spécifie que la probabilité d'une persistance de douleurs rhumatologiques après plusieurs mois de traitement est faible. Elle cite le passage de l'arrêt du Tribunal fédéral rendu le 23 mai 1996, paru aux ATF 122 V 230, mentionnant en particulier que la maladie de Lyme est une infection évoluant comme la syphilis en trois grandes phases séparées par des périodes d'accalmie avec des complications secondaires et tertiaires très polymorphes et trompeuses (cf. ATF 122 V 230 consid. 2a). La recourante a également produit en ce sens, l'article des Drs V._____ et C._____ de l'hôpital cantonal de [...], intitulé « Borréliose de Lyme : rétrospective des 30 dernières années » paru dans le 50^{ème} fascicule de la revue Forum Méd Suisse (FMS). Elle constate sur la base de cette étude médicale que le traitement antibiotique prescrit en réponse à un diagnostic de la maladie de Lyme n'empêche en aucune manière qu'un syndrome post infectieux se développe consistant précisément en troubles ostéo-articulaires du type de ceux pour lesquels elle a elle-même été traitée. La recourante soutient ne jamais avoir été suivie par le passé pour des troubles rhumatologiques de type ostéo-articulaire. Elle souligne à ce sujet l'absence d'un tel diagnostic à son dossier ainsi que l'inexistence de tout rapport d'un médecin l'ayant préalablement suivie pour un diagnostic de fibromyalgie. Elle conteste également avoir fait par le passé, l'objet de traitements en raison de troubles ostéo-articulaires. La recourante retient ainsi au degré de la vraisemblance prépondérante et compte tenu de la doctrine médicale que sa pathologie ostéo-articulaire présentée au-delà du 9 novembre 2011 relève d'un syndrome post infectieux de la maladie de Lyme, lui ouvrant droit à prise en charge de la part de l'assurance-accidents. Pour terminer, elle observe que contrairement aux indications

de S._____, l'ostéopathie est régulièrement remboursée par les assureurs-accidents. Quant aux séances de drainage lymphatique tout comme le port de bas de contention, ils constituent des traitements et moyens médicaux adaptés à son cas. A titre de mesures d'instruction, la recourante demande l'audition du Dr H._____ en se réservant par ailleurs le droit de requérir la réalisation d'une expertise judiciaire.

Au terme de sa réponse du 2 mai 2013, S._____ conclut au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. L'intimée se détermine comme il suit sur les arguments invoqués par la recourante dans son acte du 15 mars 2013 :

"En l'espèce, S._____ s'est basée sur les analyses sérologiques qui ont été faites à plusieurs reprises entre novembre 2010 et novembre 2011. En présence de plaintes diverses comme celles mentionnées par l'assurée (douleurs, fatigue, arthralgies, asthénie...), pouvant correspondre à différents diagnostics, il importe de se baser sur des éléments objectifs déterminés, en l'occurrence sur des résultats d'analyses sérologiques.

Les analyses transmises par [...] SA (pièce no 9 et 22) montrent un premier résultat le 2 novembre 2010 positif pour les anticorps IgG et négatif pour les anticorps IgM, correspondant à une piqûre de tique datant de quelques semaines (les IgM apparaissent dans la semaine suivant l'érythème migrant, atteignent un taux maximum après trois à six semaines puis diminuent ensuite progressivement; le fait qu'ils soient négatifs en novembre montre donc que la piqûre de tique remonte entre deux et quatre mois).

Le taux d'anticorps IgG est encore positif faible en décembre 2010, puis équivoque en mars 2011 et finalement négatif (inférieur à 0.20) en novembre 2011. On voit donc que, sous l'effet du traitement antibiotique mis en place, la maladie évolue vers la guérison. En novembre 2011, les sérologies sont inférieures à la valeur de référence pour la maladie de Lyme. Force est de conclure qu'il n'est plus établi au degré de vraisemblance prépondérante que les plaintes de l'assurée sont en relation de causalité avec la piqûre de tique.

Le Dr H._____ mentionne dans son rapport du 27 mars 2011 des antécédents de fibromyalgie et une période psychologiquement difficile en lien avec un divorce (pièce no 11). Il cite ces problèmes en réponse à la question de savoir si «des circonstances sans rapport avec l'accident jouent un rôle dans l'évolution du cas» (cf pièce no 8). C'est donc bien qu'il considère que ces problèmes ne sont pas sans influence dans le cas d'espèce.

Quant aux traitements dont la prise en charge a été refusée:

L'art. 10 LAA mentionne les traitements à charge de l'assurance-accidents selon la LAA. L'ostéopathie, la réflexologie et les drainages lymphatiques n'en font pas partie, et conformément à la recommandation de la commission des sinistres ad'hoc no 1/2001 (cf koordination.ch), il n'y a pas de droit à la prise en charge des thérapies non mentionnées à l'art. 10 LAA.

Quant à la question de la prise en charge de certains médicaments prescrits par le Dr H._____, S._____ accepte de prendre en charge les médicaments (Imovane, Lexotanil, Citalopram, Mefenacid et Stilnox) figurant sur le listing transmis par la recourante jusqu'au 8 novembre 2011.

Quelle que soit la conclusion en matière de causalité naturelle, il convient encore d'examiner la cause sous l'angle de la relation de causalité adéquate. Au vu de la jurisprudence en la matière (U 282/04, U 245/1999), force est de constater que les critères posés ne sont pas remplis et que les troubles au-delà du 8 novembre 2011 ne sauraient être considérés comme étant en relation de causalité adéquate avec la piqûre de tique.

Pour le surplus, il est renvoyé à la décision sur opposition (pièce no 34).

Au vu de la loi, de la jurisprudence et des éléments qui précèdent, il apparaît clairement que les troubles dont se plaint Mme E._____ au-delà du 8 novembre 2011 ne sont plus, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité naturelle avec l'événement du mois de juillet 2010 et ne relèvent par conséquent pas de la compétence de l'assurance-accidents. Ils ne sont par ailleurs pas non plus en relation de causalité adéquate avec cet événement. Rappelons au passage que la caisse-maladie de Mme E._____ partage cette analyse juridique, puisqu'elle n'a pas fait opposition à la décision de S._____."

Par réplique du 28 mai 2013, s'agissant en premier lieu de la prise en charge des médicaments listés jusqu'au 8 novembre 2011, la recourante prend acte de la réponse de l'intimée valant passé-expédient sur ce point. Pour le reste, elle indique maintenir ses conclusions. Elle répète en substance que les tests sérologiques ne sont indiqués ni pour le dépistage ni pour le contrôle de l'évolution du traitement. Ces tests sanguins méconnaissent totalement la possibilité de la présence d'un syndrome post Lyme. En complément à son mémoire de recours, elle a produit un autre article médical des Drs A._____, I._____, et G._____ de l'hôpital universitaire de [...] intitulé « Borréliose de Lyme en Suisse » paru dans la revue Forum Méd Suisse (FMS) 2007 aux pages 850 ss. Ces médecins y mentionnent notamment que le syndrome post Lyme a pour particularité d'apparaître au bout d'un certain temps et sans

supposer une sérologie positive. La recourante soutient ainsi que même en admettant que les pathologies mentionnées par l'intimée devaient jouer un rôle dans l'évolution de la maladie, il ressort au stade de la vraisemblance prépondérante selon les rapports médicaux et documentation scientifique produits, que ces pathologies ne se manifestaient pas à un tel point que le lien de causalité entre la maladie de Lyme et les symptômes présentés eût été relégué au second plan. S'agissant des séances d'ostéopathie, de réflexologie et de drainage lymphatique, la recourante répète que ces frais médicaux sont régulièrement remboursés par les assurances-accidents, dès lors qu'elles permettent un combat efficace des conséquences d'un accident. Elle produit en ce sens, un rapport du 20 mai 2013 du Dr H. _____ adressé à son conseil et à la teneur suivante :

“Maître,

En réponse à votre question, voici ce que je peux vous apporter :

La borréliose de Lyme s'accompagne d'un cortège de symptômes peu spécifiques hormis l'érythème migrant allant de l'état grippal avec fièvre, céphalées, myalgies, arthralgies et fatigue en passant par une atteinte plus ciblée comme par exemple la monoarthrite touchant un genou ou une cheville. C'est ce qui s'est passé chez cette patiente qui a présenté dans le cours de cette affection une arthrite de la cheville avec comme conséquences des signes d'insuffisance veineuse (enflure) justifiant l'approche complémentaire par ostéopathie et drainage lymphatique.

En espérant avoir répondu à vos attentes, je vous prie de recevoir, Maître, mes meilleures salutations.”

Au terme de sa duplique du 24 juin 2013, l'intimée confirme maintenir l'intégralité de ses conclusions. Elle se détermine comme il suit sur la réplique de la recourante :

“La commission ad'hoc des sinistres LAA est la réunion des chefs de sinistres de 10 compagnies d'assurance (Allianz, Axa-Winterthur, Suva, Solida Helsana, Bâloise, Konkordia, Groupe Mutuel, Zürich et Ersatzkasse UVG). Dite commission a été créée afin de garantir une application uniforme de la LAA. Elle édicte des recommandations qui n'ont certes pas valeur de loi mais auxquelles la jurisprudence se réfère (ATF 120 V 224, 124 V 356, 135 V 88 notamment).

L'art. 10 LAA mentionne très clairement les prestataires de soins dont les traitements sont à charge de l'assurance sociale.

L'ostéopathie, la réflexologie et les drainages lymphatiques n'en font pas partie, car il ne s'agit pas de thérapies scientifiquement reconnues. S'il peut arriver que certaines assurances prennent parfois en charge de tels traitements, c'est sur une base volontaire, sans en reconnaître le droit à l'assuré.

Pour le surplus, il est renvoyé à la décision sur opposition (pièce no 34) ainsi qu'à la réponse sur recours."

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'espèce, la recourante est domiciliée dans le canton de Vaud; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme; il est donc recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en

principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à la prise en charge, par l'assureur-accidents, des suites de la morsure de tique survenue vers la mi-juillet 2010, ceci pour la période postérieure au 8 novembre 2011. Est notamment litigieux entre les parties, la prise en charge des séances d'ostéopathie, de réflexologie et de drainage lymphatique prescrites dans les suites de l'accident en question. Certains soins de médecine complémentaire prescrits par le médecin traitant ayant par ailleurs été dispensés avant la date du 8 novembre 2011, leur prise en charge par l'intimée doit également être examinée.

3. 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. Est réputée 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 LPGGA).

Selon l'art. 10 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir:

- a. au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien;
- b. aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste;

- c. au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital;
- d. aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin;
- e. aux moyens et appareils servant à la guérison.

L'art. 36 al. 1 LAA prévoit que les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

b) L'obligation de l'assureur-accidents d'allouer ses prestations au-delà du 8 novembre 2011 suppose l'existence, à ce moment-là, d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 123 V 103 consid. 3d, 123 V 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références; TF 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008, consid. 2.2).

aa) L'exigence du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TFA U 80/2005 du 18 novembre 2005, consid. 1.2; ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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 tôt ou tard même sans l'accident (*statu quo sine*) par suite d'un développement ordinaire (TF 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2, 8C_805/2007 du 20 août 2008, consid. 2 et les références citées).

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; TFA U 215/1997 du 23 février 1999, consid. 3b, in : RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss.). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

bb) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 in limine). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale 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, 129 V 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, elle est généralement admise dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; pour les troubles psychiques cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4 et 115 V 133 consid. 6c).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, les assureurs examinent les demandes en prenant d'office les mesures d'instruction nécessaires et en recueillant les renseignements dont ils ont besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

Les autorités et tribunaux apprécient librement les preuves médicales recueillies. Ils doivent 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, ils ne peuvent trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion plutôt qu'une autre. Un rapport médical a une valeur probante pour autant 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 de l'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 dûment 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 et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

b) Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants, voire faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

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 (TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010, consid. 3.3).

5. Selon la jurisprudence constante, la morsure de la tique du genre *Ixodes* présente toutes les caractéristiques de l'accident (sur cette dernière notion, cf. art. 4 LPGa), avec pour corollaire que l'assureur-accidents est tenu de prendre en charge les cas de maladies infectieuses (maladie de Lyme, encéphalite virale) occasionnées par un telle morsure et leurs conséquences (ATF 122 V 230 consid. 5 et 6 ; TF 8C_72/2014 du 28 avril 2014, consid. 4.1 ; TFA U 164/2003 du 17 juin 2004, consid. 2 et U 146/2003 du 2 avril 2004, consid. 1). De plus, lorsqu'une lésion déterminée due à la morsure d'une tique du genre *Ixodes* existe et qu'une infection imputable aux germes véhiculés par celle-ci se manifeste, la transmission des germes se présume au degré de vraisemblance prépondérante requis (ATF 122 V 230 consid. 5c ; TFA U 140/2003 du 5 décembre 2003).

6. En l'espèce, dans ses rapports des 27 mars 2011 et 13 novembre 2011, le Dr H._____ mentionne la maladie de Lyme. Dans les suites de cette maladie infectieuse, la recourante et son médecin traitant évoquent un syndrome post Lyme. Les différentes atteintes observées dans ce contexte se traduisent notamment par une monoarthrite touchant un genou et une cheville. Les arthralgies à la cheville ont eu pour conséquence des signes d'insuffisance veineuse (enflure) justifiant une approche complémentaire par ostéopathie et drainage lymphatique (cf. rapport du 20 mai 2013 du Dr H._____). La question ou le diagnostic d'un syndrome post maladie de Lyme n'a absolument pas été examiné(e) par l'intimée qui s'est limitée à retenir qu'à compter du 9 novembre 2011,

les atteintes de la recourante n'étaient plus en lien de causalité avec la morsure de tique datant de la mi-juillet 2010 environ. Celle-ci s'est exclusivement basée sur les résultats des analyses sérologiques. Elle a suivi en ce sens le rapport du Dr P._____, médecin-conseil, qui observe très succinctement une faible probabilité de persistance des douleurs rhumatologiques après plusieurs mois de traitements sans plus amples explications ou détails en rapport avec l'affection à la santé en question. Le médecin-conseil souligne certes les antécédents de fibromyalgies évoqués par le médecin traitant dans son rapport du 27 mars 2011. On ignore toutefois tout à propos de ces antécédents, à savoir notamment si le diagnostic de fibromyalgies a été posé dans les règles de l'art et si les arthralgies ou monoarthrite du genou et de la cheville que présentent l'assurée relèvent du diagnostic de fibromyalgies, d'un syndrome post-borréliose voire d'une autre cause. Or, la doctrine médicale et la jurisprudence (Dr O._____ et co-auteurs, Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern, Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie, Teil 3 : Prävention, Schwangerschaft, Immundefizienz, Post-Lyme-Syndrom, in : Bulletin des médecins suisses 2005 N° 43, p. 2422 ss., spéc. p. 2426; TF 8C_72/2014 du 28 avril 2014, consid. 4.2.1 et 8C_50/2013 du 4 avril 2013, consid. 3.2.1) reconnaissent l'existence d'un syndrome post maladie de Lyme. Bien que le pronostic à long terme de la borréliose de Lyme soit très favorable, des arthralgies, des myalgies et un état de fatigue peuvent subsister chez de rares patients malgré un traitement adéquat et instauré à temps, sans qu'il ne persiste une infection active. Les plaintes regroupent des troubles mnésiques et de la concentration, des troubles neurologiques et ostéo-articulaires, des céphalées et des troubles du sommeil. Pour pouvoir retenir le diagnostic de syndrome post-borréliose de Lyme, tous les critères suivants doivent être présents (TF 8C_72/2014 du 28 avril 2014, consid. 4.2.1 et 8C_50/2013 du 4 avril 2013, consid. 3.2.1 ; Dr O._____ et co-auteurs, Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern, Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie, Teil 3 : Prävention, Schwangerschaft, Immundefizienz, Post-Lyme-Syndrom, op. cit.):

1. Borréliose de Lyme antérieure documentée cliniquement et par des examens de laboratoire, selon les définitions de cas publiés.
2. Traitement antibiotique documenté, complet et adapté au stade de la borréliose de Lyme selon les recommandations publiées.
3. Pas d'évidence pour une infection active.
4. Symptômes persistants, invalidants pour le patient dans son activité quotidienne, pendant plus de six mois après la fin d'un traitement antibiotique adéquat, avec un ou plusieurs des symptômes suivants : fatigue, arthralgies, myalgies, dysfonction cognitive objectivée, troubles radiculaires.
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.
6. Des signes objectifs au status clinique général ou neurologique ne constituent pas un critère préalable au diagnostic.
7. Exclusion systématique et exhaustive d'autres maladies neurologiques, rhumatologiques ou autres.
8. Exclusion de maladies psychiatriques ou d'un état obsessionnel.

7. a) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir arrêt U 571/2006 du 29 mai 2007, consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd. n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210 et 122 V 163

consid. 1d, RAMA 1993 n° u 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose que lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, comme indiqué ci-dessus (cf. consid. 6 supra), l'instruction menée par l'intimée est lacunaire et ne permet par conséquent pas de trancher le litige à satisfaction de droit.

Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à S._____ pour nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire sous la forme de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (maladies infectieuses, rhumatologie / orthopédie, neurologie et psychiatrie à tout le moins ; cf. art. 44 LPG).

8. Ainsi que cela ressort de sa réponse, l'intimée a finalement accepté la prise en charge des médicaments (Imovane, Lexotanil, Citalopram, Mefenacid et Stilnox) prescrits à la recourante par son médecin traitant, ceci jusqu'au 8 novembre 2011. Reste encore ouverte en

l'espèce, la question de la prise en charge des thérapies de médecine complémentaire (ostéopathie, réflexologie et drainages lymphatiques). Vu l'issue du litige, cette question peut pour l'heure demeurer ouverte. On rappellera toutefois que, contrairement à ce que soutient l'intimée, l'art. 10 LAA n'est pas exhaustif. En effet, les frais de traitement inhérent aux médecines complémentaires peuvent faire partie des prestations à charge de l'assurance-accidents. Il convient de décider dans chaque cas particulier si un traitement est judicieux ou pas (par exemple en cas de lymphodèmes, l'administration de drainages lymphatiques est le seul traitement possible, cf. TFA I 761/2003 du 9 février 2004, consid. 4.2). L'assureur-accidents est par conséquent tenu de vérifier que le traitement médical est approprié, scientifiquement reconnu et qu'il satisfasse au critère économique (cf. notamment Frésard/Moser-Szeless, l'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR] Band XIV, Bâle/Genève/Münich, 2 éd. 2007, p. 890 ss.). En ce qui concerne, les recommandations édictées par la Commission ad hoc sinistres LAA pour une application uniforme du droit, on relèvera que ce sont des directives non obligatoires, encore qu'elles aient, du point de vue de l'égalité devant la loi, une certaine importance (ATF 114 V 315 consid. 5c). En ce qui concerne les thérapies alternatives et médecines complémentaires, elles ont pour but de respecter une égalité de traitement entre les assurés. Contrairement à ce que soutient l'intimée, la directive N° 1/2001 n'exclut pas la prise en charge des médecines complémentaires. Il importe ainsi de voir au cas par cas si la mesure est nécessaire à l'amélioration de l'état de santé, ce qui correspond par ailleurs au système légal. Dans le cadre de l'arrêt de renvoi, il incombera à l'intimée d'examiner et de déterminer le droit de l'assurée à la prise en charge des soins de médecine complémentaire prescrits et prodigués, et ceci également pour la période antérieure à la date du 8 novembre 2011.

9. Le recours doit dès lors être admis et la décision sur opposition attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

Ayant obtenu gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, la recourante a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD), qu'il convient de fixer à 2'000 fr. T.V.A. comprise.

Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA; art. 45 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 11 février 2013 par S._____ est annulée, la cause étant renvoyée à cet assureur-accidents pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III. S._____ versera à la recourante la somme de 2'000 francs (deux mille francs) à titre de dépens.

IV. Le présent arrêt est rendu sans frais.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Anne-Sylvie Dupont (pour E. _____),
- S. _____,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :