

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 décembre 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

M._____, à [...], recourante,

et

U._____, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1, 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait en qualité d'assistante de direction à temps plein pour le compte de l'entreprise individuelle Théopack, Jean-Marc Demerode, depuis le 2 janvier 2014. A ce titre, elle était assurée auprès d'U. _____ (ci-après : U. _____ ou l'intimée) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels.

Par déclaration de sinistre du 31 juillet 2014, l'employeur a annoncé un accident non professionnel dont avait été victime l'intéressée, une morsure de tique sur l'intérieur de la cuisse droite et au-dessus du genou étant mentionnée. Les faits suivants étaient en outre relatés :

« 18.01.2014 - Apparition d'une tache de sang de ~10cm de diamètre, à l'intérieur de la cuisse, juste au-dessus du genou droite. Aucune douleur, ni démangeaison, donc je ne me suis pas inquiétée.
17.07.2014 - Forte douleur à ce même endroit et enflait et durcissait de plus en plus.
22.07.2014 - 1^{ère} consultation chez Dr. N. _____, prise de sang pour analyse de sérologie et échographie du muscle de l'endroit douloureux pour évaluer la cause.
25.07.2014 - 2^{ème} consultation chez Dr. N. _____ et confirmation positive à la maladie de Lyme (morsure de tique) et début de la prise d'antibiotique. »

En parallèle, la Dre N. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a attesté une incapacité de travail totale dès le 22 juillet 2014.

Le 22 juillet 2014, le Dr G. _____, spécialiste en radiologie, a conclu, ensuite d'une échographie de la cuisse droite associée à un doppler veineux des membres inférieurs du 22 juillet 2014, que l'on était en présence d'un aspect de myosite localisé du muscle vaste interne dans son tiers inférieur associé à une infiltration lymphangitique superficielle dans cette région. Ce médecin se posait la question de savoir s'il s'agissait d'une myosite secondaire à une inoculation locale.

Par rapport du 29 août 2014, le Dr Q._____, spécialiste en radiologie, a fait état d'une radiographie du thorax (face) de la veille dans les limites de la norme.

Le 29 août 2014, le Dr G._____ a conclu, ensuite d'une échographie de l'épaule droite au niveau de la face externe du 29 août 2014, à une forte suspicion vu le contexte clinique et les antécédents d'une myosite très focalisée sans abcès collecté au niveau du corps musculaire du faisceau deltoïde externe.

Par rapport du 5 septembre 2014 ensuite d'un électroencéphalogramme, le Dr D._____, spécialiste en neurologie, a constaté, après avoir notamment expliqué que les manœuvres de facilitation n'avaient pas été effectuées en raison de céphalées, que le tracé traduisait un état de tension, l'absence de signes d'encéphalopathie et un rythme cardiaque sinusal et régulier.

Dans un rapport du 10 septembre 2014, le Dr D._____ a apprécié la situation de l'assurée comme suit :

« **Anamnèse :**

[...] En juillet dernier, elle développe une éruption autour de la cheville et du genou droits avec une induration de la cuisse qui est enflée. Elle ne parvient plus à plier son genou. Une sérologie revient alors positive pour la borréliose. Depuis, les symptômes se succèdent, sous forme de céphalées bifrontales, non pulsantes et constrictives, qui reviennent quotidiennement, se prolongent sur plusieurs heures, s'accompagnant de rares nausées et d'une intolérance à la lumière. Elle signale quelques paresthésies dans les pieds, une certaine perte de force sur tout l'hémicorps droit, une hyperesthésie de contact sur les membres supérieur et inférieur droits, durant quelques jours. Par ailleurs, elle décrit des difficultés mnésiques, ne se souvenant plus de son adresse, de manque de mots, d'une certaine contradiction épigastrique durant le sommeil, ainsi qu'une impression de macroglOSSie.

[...]

Appréciation :

Il y a eu développement d'une lésion cutanée, en janvier dernier, puis, quelques mois plus tard, des lésions érythémateuses autour de la cheville et du genou droits, ainsi qu'une arthrite du genou avec ankylose de la cuisse qui était enflée. Depuis, des symptômes

protéiformes se succèdent, durant quelques jours. L'examen neurologique de ce jour est tout à fait rassurant, ne faisant pas ressortir de dysfonction des paires crâniennes, de déficit sur les voies longues ni de signes de latéralisation. Même en l'absence de signes neurologiques, le tableau pourrait s'intégrer dans le contexte d'une maladie de Lyme, malgré le traitement antibiotique (Co-Amoxicilline). Nous verrons dans quelle mesure, les sérologies pour la borréliose reviennent positives dans le liquide céphalorachidien, auquel cas, le traitement devrait être complété par Rocephin i.v. durant trois semaines. Sur le plan des investigations, vu la notion de malaises, sentiment de perte de connaissance imminente, troubles mnésiques, j'ai complété par EEG [électroencéphalogramme] qui ne montre pas de signes d'encéphalopathie. Si les troubles de la mémoire et de la concentration devraient perdurer, il y aurait indication à un bilan neuropsychologique détaillé. »

Par rapport du 11 septembre 2014, le Dr W._____, spécialiste en ophtalmologie, a considéré ce qui suit :

« [...] »

Impression :

A mon avis, Madame M._____ présente deux problèmes neuro-ophtalmologiques distincts, décrits comme suit :

- **Périphlébite rétinienne bilatérale.** Cette atteinte rétinienne fait évoquer une étiologie inflammatoire ou infectieuse, mais n'est spécifique d'aucune étiologie particulière (SEP [sclérose en plaques] sarcoïdose, syphilis, Lyme, maladie de Behçet notamment). Actuellement, Madame M._____ est en cours d'investigations pour un [sic] possible récurrence de maladie de Lyme, et, si un nouveau traitement lui est prodigué, je pense qu'un contrôle angiographique 3 à 4 semaines après l'arrêt du traitement serait souhaitable.
- **Neuropathie optique droite** avec excavation asymétrique et assez marquée, perte de RNFL et RGCL à l'OCT, amincissement du nerf optique droit sur l'IRM [imagerie par résonance magnétique]. Toutes les atteintes mentionnées ci-dessus signent que le processus responsable de la neuropathie optique droite est ancien, datant au moins de plusieurs mois. Au vu de l'aspect du nerf optique et des déficits campimétriques, une étiologie glaucomateuse est la première à évoquer. La pression d'aujourd'hui est normale (13mmHg) et je pense que des investigations de glaucome sont nécessaires. Je me suis permis de référer directement cette sympathique patiente auprès du service Glaucome de l'Hôpital [...]. Tu ne manqueras pas d'être informé du résultat de leurs examens. Je relève aussi que Madame M._____ présente un vasospasme des extrémités, et qu'un glaucome à basse tension ne serait pas exclu.

- Madame M. _____ se plaint d'un flou visuel de l'œil gauche, pour lequel je n'ai pas une explication précise. En effet, il n'existe aucune réaction inflammatoire en chambre antérieure ou dans le vitré, pas de maculopathie ni de neuropathie optique à cet œil. Je relève un astigmatisme hypermétropique assez marqué.

L'acuité visuelle de loin et de près est abaissée, mais la vision des couleurs est normale, et le champ visuel est parfaitement normal à cet œil. Je me pose la question d'une éventuelle amblyopie relative de cet œil, mais Madame M. _____ me mentionne qu'elle avait, semble-t-il, une très bonne vision des deux yeux sans lunettes auparavant.

- **Diplopie monoculaire gauche.** Une telle diplopie n'a aucun fondement neurologique, et résulte, dans la grande majorité du temps, d'un trouble de la réfraction non corrigée d'une pathologie cornéenne, ou encore d'une pathologie cristallinienne. La seule explication que j'ai pu retenir aujourd'hui est celle de trouble de la réfraction (astigmatisme hypermétropique) non corrigé.

Pour l'instant, je n'ai pas d'autres propositions à faire qu'un **bilan à la recherche d'un glaucome** de l'œil droit. [...] »

A teneur d'un rapport de sérologie du 22 septembre 2014 de l'Institut E. _____ (ci-après : E. _____), les tests effectués le 22 juillet 2014 indiquaient notamment une valeur de 4,58 pour « *Borrelia burgdorferi* IgG », la valeur de référence étant inférieure à 0,20, de 43,7 pour « *Borrelia* IgG anti-VLSE » avec l'indication « taux faible », la valeur de référence étant inférieure à 15, et de 0,40 pour « *Borrelia burgdorferi* IgM », la valeur de référence étant inférieure à 0,20. Des tests sérologiques avaient également été menés le 12 septembre 2014 mais ne portaient pas sur ces indicateurs.

En parallèle, selon un rapport du 9 septembre 2014 de l'E. _____, les tests sérologiques effectués le 2 septembre 2014 indiquaient notamment une valeur de 3,97 pour « *Borrelia burgdorferi* IgG », la valeur de référence étant inférieure à 0,20, et de 37,9 pour « *Borrelia* IgG anti-VLSE » avec notamment l'indication « Taux [...] en baisse significative », la valeur de référence étant inférieure à 15. Il ressortait en outre notamment des tests du liquide céphalo-rachidien, sous le titre des maladies infectieuses, une valeur de 0,43 pour « *Borrelia burgdorferi* IgG », aucune valeur de référence n'étant indiquée.

Aux termes d'un courriel du 19 septembre 2014, l'assurée a demandé à U._____ la confirmation que cette dernière prenait en charge la borréliose, ainsi que la consultation pour un deuxième avis médical.

Le 25 septembre 2014, un collaborateur d'U._____ a répondu que la borréliose était prise en charge par ses soins, pour autant que le diagnostic soit confirmé par le médecin traitant, et fournissait le nom d'un médecin pour un deuxième avis.

Dans un rapport du 30 septembre 2014 à l'attention d'U._____, la Dre N._____ a indiqué que l'assurée avait été « piquée » par une tique le 28 janvier au genou droit, ce qui avait provoqué un érythème migrant pour lequel elle avait consulté le 22 juillet 2014. Le médecin posait comme diagnostic provisoire une maladie de Lyme et une suspicion de neuroborréliose.

Par rapport du 6 novembre 2014, les Drs B._____, spécialiste en médecine interne générale et en infectiologie, X._____, spécialiste en médecine interne générale, et V._____, tous médecins au Service des maladies infectieuses du Centre K._____ (ci-après : le K._____), ont considéré ce qui suit :

« [...] »

Diagnostics - Antécédents - Interventions

Diagnostic principal :

- Possible érythème migrant (maladie de Lyme), traitée en juillet 2014

Autres diagnostics :

- Vasculite rétinienne bilatérale d'origine indéterminée en septembre 2014
 - périphlébite rétinienne bilatérale à l'angiographie rétinienne à la fluorescéine du 08.09.2014
- Probable glaucome à pression normale à l'œil droit, septembre 2014
- Suspicion d'allergie cutanée retardée aux céphalosporines (ceftriaxone), octobre 2014
- Opération ligamentaire du genou gauche, environ 2000
- Appendicite dans l'enfance
- Hernie inguinale opérée dans l'enfance

Traitement actuel :

aucun

Historique du traitement anti-infectieux :

Doxycycline du 22.07.2014 au 25.07.2014

Co-Amoxicilline du 25.07.2014 au 07.08.2014

Ceftriaxone du 25.09.2014 au 06.10.2014

Doxycycline du 08.10.2014 au 28.10.2014

Anamnèse

[...]

Le 17.07.2014, la patiente présente une induration douloureuse de la cuisse droite. Vous réalisez un US [ultrason] le 22.07.2014, permettant d'exclure une thrombose et faisant suspecter une myosite du vaste interne droit. En raison de la persistance de la lésion cutanée érythémateuse, vous suspectez une maladie de Lyme et initiez un traitement antibiotique par doxycycline. La sérologie pour Borrelia s'avère positive. Vu la péjoration clinique après 3 jours de doxycycline, un avis infectiologique auprès du Dr [...] et pris et celui-ci propose une modification de l'antibiothérapie, par co-amoxicilline pour 2 semaines afin de traiter une éventuelle cellulite. L'évolution est alors favorable avec disparition de l'érythème.

Dès fin juillet 2014, la patiente présente des troubles visuels, avec un scotome périphérique de l'œil droit, une diplopie monoculaire, gauche, une vision floue à gauche, accompagnée de douleurs orbitaires bilatérales.

Elle développe par la suite des épisodes occasionnels de lipothymie, sans perte de connaissance dont l'évolution est spontanément favorable. La patiente rapporte également un épisode d'hyperesthésie du MSD [membre supérieur droit] durant 3 jours mi-août, des pertes de mémoires, une sensation de gonflement de la langue, puis un acouphène depuis fin septembre.

Une consultation ophtalmologique (07.08 et 13.08.2014, Dr L._____) fait suspecter une origine neuro-ophtalmologique ou inflammatoire et l'IRM cérébrale du 15.08.2014 ne montre pas d'anomalie. Un 2^{ème} avis ophtalmologique est pris à l'Hôpital [...] (Dr W._____, le 08.09.2014), mettant en évidence une neuropathie optique droite, d'origine probablement glaucomateuse, responsable de l'atteinte du champ visuel. Il réalise également une angiographie rétinienne à la fluorescéine, montrant une atteinte vasculaire rétinienne bilatérale (périphlébite rétinienne bilatérale), en lien avec une étiologie inflammatoire ou infectieuse mais non spécifique. L'examen montre également une diplopie monoculaire gauche, en lien avec des troubles de la réfraction non corrigés (astigmatisme hypermétropique).

Le 02.09.2014, la patiente bénéficie d'une ponction lombaire à l'hôpital de [...] (Dr [...]). L'analyse du liquide ne montre pas de pléiocytose ni protéinorachie et permet d'exclure une synthèse intrathécale d'immunoglobulines. Le 05.09.2014, la patiente bénéficie d'une évaluation neurologique (Dr D._____), comprenant un EEG, ne montrant aucune anomalie neurologique.

Un traitement antibiotique par ceftriaxone iv est alors initié, dès le 25.09.2014. La patiente développe un état fébrile associé à une éruption cutanée diffuse le 05.10.2014, dont l'évolution est rapidement favorable, avec l'arrêt de la ceftriaxone le 06.10.2014, le retrait de la voie périphérique et un traitement par anti-histaminique. Vous remplacez alors le traitement antibiotique par la doxycycline dès le 08.10.2014, pour une durée de 3 semaines.

[...]

Conclusions, traitement et évolution

La patiente a présenté une lésion cutanée évocatrice d'un érythème migrant (extension concentrique, disparition de l'érythème au centre), cependant atypique par certains aspects (persistance durant plusieurs mois, aspect photographique peu typique), toutefois compatible avec une atteinte cutanée précoce d'une maladie de Lyme (pourrait ressembler à la forme nord américaine). La sérologie pour *Borrelia burgdorferi* est positive. L'antibiothérapie par doxycycline puis amoxicilline (+ acide clavulanique) administrée en juillet dernier a permis de traiter cette possible Borréliose (erythème migrant).

Dans un deuxième temps, la patiente a présenté une atteinte vasculaire rétinienne, associée à une possible myosite fluctuante (US du 22.07.2014, douleurs musculaires fluctuantes). Cependant, la ponction lombaire de septembre 2014 permet d'exclure une atteinte neurologique de la maladie de Lyme (absence de pléiocytose, absence de synthèse intrathécale d'immunoglobulines spécifiques, pas de protéinorachie). Le traitement antibiotique actuel, par ceftriaxone puis doxycycline permettra donc, dans tous les cas, de traiter une atteinte neurologique (rétinienne), encore une fois très peu probable dans ce contexte et permettra ainsi de lever les derniers doutes sur une origine infectiologique (maladie de Lyme).

Devant cette symptomatologie cutanée puis rétinienne +- musculaire, nous complétons le bilan infectieux par un test HIV [virus de l'immunodéficience humaine], une sérologie pour *Bartonella henselae* et répétons la sérologie pour la syphilis, tous négatifs.

Lors de notre consultation, on constate une légère perturbation des tests hépatiques (DD [diagnostic différentiel] origine médicamenteuse sur doxycycline). Les anticorps anti-nucléoprotéines sont positifs (anti-Ro60). A noter une VS [vitesse de sédimentation] dans les normes. Compte tenu du tableau clinique et biologique actuel, une origine immunologique nous semble la plus probable (maladie de Sjögren?). La patiente a d'ailleurs rendez-vous auprès d'un immunologue en décembre 2014.

Nous communiquons ces résultats à la patiente le 27.10.2014. Nous ne retenons pas d'indication à poursuivre le suivi à notre consultation. »

Dans un rapport du 7 novembre 2014, le Dr L._____, spécialiste en ophtalmologie, a posé le diagnostic de périphlébite

rétinienne bilatérale dans un contexte de maladie de Lyme après piqûre d'une tique.

Par un rapport du 13 novembre 2014, la Dre N._____ a posé le diagnostic définitif d'érythème migrant avec une suspicion de neuroborréliose. S'agissant du traitement, elle a expliqué qu'une suite chez un immunologue était prévue, mais que cela ne concernait pas l'assureur-accidents, le traitement étant fini pour celui-ci le 14 octobre 2014. Le 13 novembre 2014 également, la Dre N._____ a précisé ne plus être le médecin traitant de l'assurée depuis le 14 octobre 2014.

Le 17 décembre 2014, les Drs C._____ et J._____, spécialistes en radiologie, ont conclu à une IRM cérébrale et exploration des orbites, du chiasma optique et des radiations optiques des deux côtés sans anomalie décelable, étant précisé que l'IRM avait été effectuée le 15 août 2014.

Dans un rapport du 22 décembre 2014, le Dr W._____ a indiqué au Dr L._____ ce qui suit :

« Je te remercie de m'avoir adressé à nouveau cette sympathique patiente pour qui une angiographie fluorescéinique a été effectuée, 3 mois après un diagnostic de périphlébite rétinienne périphérique.

Entretemps, elle a été traitée par Rocéphine puis Doxycycline pour un [sic] probable récurrence de la maladie de Lyme. Subjectivement, sur le plan visuel, elle note une légère amélioration puisque l'intensité du flou visuel de l'œil gauche a diminué.

L'angiographie fluorescéinique de ce jour (cf. copie ci-jointe) montre une persistance de la périphlébite rétinienne périphérique, qui est non-occlusive, et qui n'a pas évolué depuis l'angiographie du mois de septembre 2014.

Après avoir discuté avec le Dr H._____, nous sommes convenus qu'un contrôle serait effectué à sa consultation. Il va sans dire que si Madame M._____ présentait d'autres symptômes ou une aggravation de la situation visuelle entretemps, nous sommes à disposition pour l'examiner. »

Par rapport du 22 janvier 2015 ensuite de prélèvements de sang du 6 janvier 2015, le Dr F._____ du Laboratoire [...] a notamment mentionné une valeur de 25,23 pour « Borrelia IgG », la valeur de

référence étant inférieure à 10. Ce résultat était ainsi considéré comme positif.

Aux termes d'un rapport du 28 janvier 2015, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil auprès d'U._____, a apprécié la situation de l'assurée comme suit :

« Rappel des faits

Mme M._____ a présenté à mi-janvier 2014 un érythème à la face interne du genou droit progressif, compatible avec un érythème migrant et traité par Doxycycline en juillet 2014. La sérologie de borrelia était positive. L'évolution est favorable après deux semaines de traitement par Co-Amoxicilline.

Dès fin juillet 2014, elle présente des troubles visuels avec douleurs orbitaires. Elle est examinée par le Dr W._____ le 8 septembre 2014 qui met en évidence une neuropathie optique droite d'origine probablement glaucomateuse. Une ponction lombaire effectuée le 2 septembre 2014 permet d'exclure une borréliose.

La sérologie du 12 septembre 2014 s'est d'ailleurs négativée.

Conclusion

Dans ces conditions, une atteinte neuro-ophtalmique liée à la maladie de Lyme ne peut être reconnue et reste uniquement une possibilité. Les investigations et traitements concernant l'affection oculaire ne sont pas à charge de l'assureur accidents. »

Par décision du 3 février 2015, U._____ a indiqué à l'assurée supprimer ses prestations avec effet au 7 septembre 2014, relevant que les douleurs orbitaires de l'intéressée en relation avec ses troubles visuels n'avaient plus de rapport avec la morsure de tique à compter du début du traitement médical chez le Dr W._____ le 8 septembre 2014.

Aux termes d'un courriel du 5 février 2015, l'assurée s'est référée au courriel du 25 septembre 2014 d'U._____ selon lequel cette dernière avait confirmé la prise en charge de la borréliose. Elle a en outre informé être désormais suivie par la Dre S._____, à [...], qu'elle indiquait être une « spécialiste de la Lyme, Borréliose ». Elle a aussi précisé que les compléments alimentaires, qu'elle prenait, faisaient partie intégrante de son traitement et qu'elle devait les commander en France

car ils n'étaient pas disponibles en Suisse. Elle a ajouté être dans une phase chronique de la borréliose.

Dans un courriel du 11 février 2015, l'employeur de l'assurée s'est dit étonné de la décision du 3 février 2015 et demandait à U._____ de « réviser [sa] position ».

Le 16 février 2015, l'intéressée s'est opposée à la décision susmentionnée, estimant que les symptômes découlant de la morsure de tique persistaient à ce jour.

Dans un rapport du 24 février 2015 adressé à l'assurée, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale et en allergologie et immunologie clinique, a résumé deux consultations des 2 décembre 2014 et 3 février 2015 notamment comme suit :

« **Diagnostics :**

- **Allergie de type retardée avec signes de gravité, à la Rocéphine (Ceftriaxone) selon test de transformation lymphocytaire du 13 janvier 2015: éviction des céphalosporines dans le futur.**
- **Possible connectivite, avec présence d'un anticorps anti-SSA et d'un syndrome sec (cf discussion).**

Antécédents personnels :

- **Maladie de Lyme** en traitement depuis traitée en juillet **2014**.
- **Vasculite** rétinienne bilatérale d'origine indéterminée en septembre **2014**.
- **Glaucome** à **pression normale** de l'œil [sic] droit en septembre **2014**.

[...]

Discussion et attitude :

Concernant la réaction cutanée et l'état fébrile suite à la prise de Ceftriaxone, cela fait évoquer une réaction allergique, avec un état fébrile comme signe de gravité. Dans ce contexte, je n'ai pas effectué de tests cutanés, qui sont contre-indiqués par prudence. Le test de transformation lymphocytaire effectué à [...] est positif et montre une sensibilisation contre la Ceftriaxone. Cela permet de confirmer le diagnostic. Par prudence, il est proposé de ne plus utiliser de céphalosporines dans le futur. Les réactions retardées peuvent être très sévères.

Concernant la suspicion de maladie de Sjôgren, cette atteinte me paraît peu probable. Pour pouvoir poser un diagnostic de certitude dans le contexte de vos différents symptômes, il faudrait réaliser une biopsie des glandes salivaires accessoires, examen effectué par les ORL [oto-rhino-laryngologie]. En effet, les anticorps anti-SSA sont les plus fréquemment retrouvés en l'absence de maladie (auto-anticorps de signification peu claire dans ce cas). Le syndrome sec date de nombreuses années chez vous, je ne peux pas être certain qu'il soit secondaire à une maladie inflammatoire. Par ailleurs, la maladie de Sjôgren est très fréquemment associée à une hypergammaglobulinémie, qui n'est pas présente chez vous.

Actuellement, vous être au bénéfice de plusieurs cures d'antibiotiques pour une supposée maladie de Lyme chronique. Je n'ai pas connaissance de l'existence d'infections chroniques à *Borrelia burgdorferi*, je ne me prononce donc pas sur son éventuelle implication pour les symptômes présentés. »

Aux termes d'un courriel du 4 mars 2015, l'assurée a signalé au Dr I._____ que son rapport comportait quelques erreurs de dactylographie et, surtout, des constats erronés qu'elle avait surlignés. Elle demandait au médecin de lui renvoyer ledit rapport après correction. Le même jour, le Dr I._____ a répondu qu'il ne changerait pas ses conclusions et qu'il n'adresserait pas de rectificatif à l'intéressée.

Par décision sur opposition du 27 mai 2015, U._____ a rejeté l'opposition, motivant sa position comme suit :

« [...]

En l'espèce, le [...] a refusé toute prestation LAA à l'assurée concernant les troubles oculaires dont elle souffre, ceux-ci n'étant pas d'origine traumatique. Il se réfère à l'appréciation de son médecin-conseil qui ne reconnaît pas de causalité, suivant en cela les avis des propres médecins de l'assurée.

A cet égard, il sied de relever que les radiographies effectuées étaient dans les limites de la norme. L'électroencéphalographie a démontré un tracé traduisant un état de tension, un rythme cardiaque sinusal et régulier ainsi qu'une absence de signes d'encéphalopathie. Un examen spécialisé a eu lieu au K._____ qui a permis d'exclure une atteinte neurologique de la maladie de Lyme. Tous les tests étant négatifs, les médecins n'ont pas retenu d'indication à poursuivre le suivi à leur consultation. L'IRM cérébrale du 17.12.2014 s'est également montrée sans anomalie décelable.

Ainsi, le traitement a pris fin en septembre/octobre 2014 pour l'ophtalmologue L._____, l'interniste N._____ (traitement terminé le 14.10.2014 pour l'assurance accident), le neurologue D._____ et le K._____. Le spécialiste en immunologie, le

Dr I._____, a exclu une maladie de Sjögren et renoncé à se prononcer sur l'existence d'une « supposée maladie de Lyme chronique ». Il a également refusé de modifier son rapport médical à la demande de sa patiente.

Les conclusions du Dr Z._____ sont cohérentes et convaincantes de sorte que son rapport remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 351).

En conséquence, l'événement incriminé n'a plus de responsabilité, les suites de la morsure de tique s'étant rapidement amendées. La décision du [...] de refuser la prise en charge des troubles est conforme à la loi et la jurisprudence et ne prête aucunement flanc à la critique. »

B. Par acte non daté et reçu le 26 juin 2015, M._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée, en concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à la prise en charge de son traitement jusqu'à sa guérison. Elle a notamment indiqué que les résultats de ses analyses démontraient qu'elle souffrait encore de la borréliose. Elle a en outre fait état de nombreux troubles qu'elle subissait toujours. Elle a enfin reproché à l'intimée de ne traiter que de la problématique ophtalmique, alors que l'arrêt des prestations concernait également d'autres aspects. A l'appui de son écriture, elle a notamment produit les documents suivants :

- un rapport du 27 janvier 2015, par lequel le Dr L._____ a notamment expliqué ce qui suit :

« [...] Mme M._____ a également effectué une 2^{ème} angiographie fluorescéinique qui montre une persistance de la périphlébite rétinienne périphérique, non occlusive. Au vu d'une évolution subjectivement favorable sur le plan visuel, elle sera revue à l'hôpital [...] par le Dr H._____.

[...] » ;

- un rapport du 11 mai 2015, par lequel le Dr L._____ a notamment précisé ce qui suit :

« [...]

Mme M._____ m'a consulté pour la 1^{ère} fois le 7 août 2014, en raison d'une sensation de baisse visuelle gauche, sous forme d'un

flou visuel avec une impression d'aspect ombré-dédoublé monoculaire. J'objective cette gêne visuelle à 4/10 partiel sans correction, améliorable à 6/10 partiel avec la correction suivante : S+2.25 C-1.50/180°. En parallèle, Mme M._____ présente une sérologie positive pour la maladie de Lyme. Dans ce contexte, elle a été mise au bénéfice d'un traitement systémique par Co-Amoxicilline. Au mois de janvier 2015, Mme M._____ est suivie à [...] par la Dre S._____, qui la met au bénéfice d'un traitement dont la liste est jointe en annexe. Lors de notre contrôle du 20 février, j'objective une amélioration de son potentiel visuel à 10/10 partiel sans correction, améliorable à 10/10 complet avec la correction suivante : S+0.75 C-0.50/5°.

[...] » ;

- un rapport du 29 mai 2015, par lequel la Dre S._____ a indiqué ce qui suit :

« Je, soussignée, certifie suivre Madame M._____ depuis Décembre 2014 pour une maladie de Lyme suite à une piqure de tique survenue en Janvier 2014.

Les premiers symptômes sont apparus en Juillet 2014, La maladie de Lyme a été diagnostiquée. Elle a reçu un traitement antibiotique de Juillet 2014 à Octobre 2014.

Devant la persistance de certains symptômes n'existant pas auparavant comme des troubles visuels, des migraines, des douleurs d'oreilles elle est venue me consulter.

Je lui prescris des analyses complémentaires qui ont montré que la maladie n'était pas terminée et je lui ai prescrit un traitement antibiotique complémentaire. » ;

- un rapport de sérologie du 19 juin 2015 de l'E._____, dont il ressortait que les tests effectués le 16 juin 2015 indiquaient notamment une valeur de 3,08 pour « Borrelia burgdorferi IgG », la valeur de référence étant inférieure à 0,20, et de 0,26 pour « Borrelia burgdorferi IgM, la valeur de référence étant inférieure à 0,20.

Le 10 août 2015, l'intimée a répondu et conclu au rejet du recours, en confirmant sa position.

Par réplique du 4 septembre 2015, respectivement duplique du 24 septembre 2015, les parties ont maintenu leurs conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

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

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'intimée au-delà du 7 septembre 2014.

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

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et réf. cit.).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et réf. cit.). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et réf. cit. ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire

(*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et réf. cit.).

e) Lorsque le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206).

Si le principe inquisitoire (art. 43 et 61 let. c LPGA) dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 124 V 372 consid. 3 in fine ; TFA U 316/00 du 22 mars 2001 consid. 1b). Cette règle du fardeau de la preuve entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b in fine ; TF 9C_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3 ; 8C_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4 ; U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34). Dans cette mesure, le fardeau de la preuve revient en principe à l'assuré en ce qui concerne la question de savoir si les conditions qui confèrent un droit aux prestations sont remplies (all. : « *anspruchsbegründende Tatfrage* »). Par contre, dans

le contexte de la suppression du droit aux prestations qui, dans un premier temps, avait été établie, le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, donc à l'assureur et non pas à l'assuré (all. : « *anspruchsaufhebende Tatfrage* » ; TF U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34 ; U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

Dans le cadre d'une suppression du droit aux prestations, la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 8C_423/2014 du 31 mars 2015 consid. 4.2 et réf. cit.).

5. a) Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, lorsqu'une morsure de la tique du genre *Ixodes* existe et qu'une infection imputable aux germes véhiculés par celle-ci se manifeste, la transmission des germes est présumée. La morsure de la tique du genre *Ixodes* présente en effet toutes les caractéristiques de l'accident, avec pour corollaire que l'assurance-accidents est tenue de prendre en charge les cas de maladies infectieuses - maladie de Lyme, encéphalite virale - occasionnées par une telle morsure et leurs conséquences. (ATF 122 V 230 consid. 5).

b) 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 ; J. EVISON ET ALII, Diagnostic et traitement de la borréliose de Lyme chez l'adulte et l'enfant : recommandations de la Société suisse d'infectiologie, 3^e partie : prévention, grossesse, états d'immunodéficience, syndrome post-borréliose de Lyme, *in* Revue médicale suisse du 5 avril 2006, p. 939) :

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.

6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une

appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

7. a) En l'espèce, l'intimée a supprimé ses prestations avec effet au 7 septembre 2014 pour les suites de la morsure de tique subie par la recourante. Elle a donc octroyé à cette dernière des prestations pour les suites de la morsure de tique jusqu'au 6 septembre 2014, retenant ainsi l'existence d'un lien de causalité entre les atteintes prises en charge et

ladite morsure. Partant, pour que l'intimée soit déliée de son obligation de prester, la disparition du caractère causal de la morsure de tique eu égard aux atteintes à la santé de l'intéressée devait être établie au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 4e *supra*).

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

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

On comprend du rapport susmentionné que, pour arriver à sa conclusion, le Dr Z._____ s'est fondé sur le rapport du 6 novembre 2014 des Drs B._____, X._____ et V._____. Ceux-ci ont posé le diagnostic principal de possible érythème migrant (maladie de Lyme), traitée en juillet 2014. Il ressort de leur rapport que ces médecins, à l'aune notamment des analyses sérologiques et ponction lombaire alors effectuées, ont considéré qu'une atteinte neurologique (rétinienne) chez la recourante ne pouvait pas avoir une origine infectiologique (maladie de Lyme). Il y a tout d'abord lieu de relever que les Drs B._____, X._____ et V._____, à l'instar du Dr Z._____, n'ont pas discuté des autres atteintes de l'intéressée et du fait que la maladie de Lyme pourrait les expliquer. Pourtant, dans leur propre rapport du 6 novembre 2014, ces médecins ont notamment indiqué que la recourante avait rapporté des pertes de mémoires, une sensation de gonflement de la langue, puis un acouphène depuis fin septembre 2014. Déjà dans son rapport du 10 septembre 2014, le Dr D._____ avait notamment mentionné des malaises, un sentiment de perte de connaissance imminente et des troubles mnésiques. L'intéressée a en outre fait état, dans son recours, de la présence de nombreuses atteintes dont elle souffrirait toujours.

Ensuite, le rapport du 6 novembre 2014, à l'instar de celui du Dr Z._____, souffre d'un manque d'explications. En effet, le diagnostic de maladie de Lyme est toujours posé au conditionnel, les Drs B._____, X._____ et V._____ constatant uniquement que la sérologie pour la borréliose avait été positive en juillet 2014. Comme vu ci-dessus, deux des trois marqueurs positifs pour la borréliose en juillet 2014 l'étaient cependant toujours en septembre 2014. Seul le marqueur « *Borrelia burgdorferi* IgM » était revenu entre-temps dans la valeur de référence. Or, les médecins n'ont pas indiqué s'ils considéraient que la sérologie de septembre 2014 était toujours positive pour la borréliose, et si tel n'était

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

Ensuite, les Drs B. _____, X. _____ et V. _____ se sont concentrés sur le résultat de la ponction lombaire, estimant qu'une atteinte neurologique de la maladie de Lyme pouvait être exclue. Ce faisant, ils semblent s'être focalisé sur l'« atteinte vasculaire rétinienne », ne traitant ainsi pas des autres troubles susmentionnés. Ils n'apparaissent en outre pas affirmer que des tests positifs du liquide céphalo-rachidien seraient nécessaires pour poser le diagnostic de maladie de Lyme, auquel cas il leur appartenait de l'indiquer. Enfin, il est relevé qu'une valeur de 0,43 pour « *Borrelia burgdorferi* IgG » a été décelée le 2 septembre 2014 dans le liquide céphalo-rachidien (cf. rapport du 9 septembre 2014). Les Drs B. _____, X. _____ et V. _____ n'ont pas mentionné cet élément et, par conséquent, pas expliqué en quoi il n'amenait pas à poser le diagnostic de borréliose.

Au surplus, ces médecins ont, au titre de diagnostic différentiel, indiqué qu'une origine immunologique leur semblait la plus probable, à savoir en particulier la possibilité d'une maladie de Sjögren, et que l'intéressée avait d'ailleurs bientôt rendez-vous avec un médecin immunologue. Or, cette hypothèse ne s'est pas confirmée. En effet, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale et en allergologie et immunologie, n'a pas posé le diagnostic de syndrome de Sjögren, estimant que cette atteinte était peu probable. Il a cependant retenu les diagnostics d'allergie de type retardée avec signes de gravité à la Roséphine (Ceftriaxone) et de possible connectivite, avec présence d'un anticorps anti-SSA et d'un syndrome sec. Il a indiqué que des examens supplémentaires étaient nécessaires pour pouvoir poser un diagnostic de certitude dans le contexte des symptômes de la recourante, à savoir une biopsie des glandes salivaires accessoires. Il ne ressort pas du dossier produit que cet examen aurait été mené. A la lecture du rapport du Dr I._____, il n'apparaît pas qu'un diagnostic relevant de ses spécialisations et qui expliquerait les symptômes de la recourante ait pu être posé. Dès lors, on ne saurait considérer, en l'état, que la piste immunologique a épuisé la piste infectiologique. A toutes fins utiles, on ne saurait déduire du fait que le Dr I._____ ait dit qu'il n'avait pas connaissance de l'existence d'infections chroniques à *Borrelia burgdorferi* et qu'il ne se prononcerait ainsi pas sur son éventuelle implication pour les symptômes présentés, que ce médecin excluait ainsi la possibilité d'une borréliose, étant relevé qu'il ne traite aucunement de cette infection dans son rapport.

Partant, faute pour les Drs B._____, X._____ et V._____ et le Dr Z._____ d'avoir clairement expliqué leur position, littérature médicale à l'appui cas échéant, force est de constater qu'il demeure un doute sur l'exactitude de leur conclusions, soit sur le fait que la recourante a souffert d'une borréliose active après le 7 septembre 2014 qui pourrait expliquer ses troubles (cf. consid.6 *supra*). Une pleine valeur probante ne saurait ainsi être reconnue à leurs rapports.

b) Ce constat est en outre confirmé par ce qui suit. En effet, même si une infection active par la borréliose de Lyme ne pouvait être diagnostiquée, se poserait encore la question de l'existence d'un syndrome post-borréliose de Lyme. Or, les médecins, en particulier le Dr Z._____, ne se prononcent aucunement sur les critères retenus par la jurisprudence à l'aune de la littérature médicale à cet égard (cf. consid. 5b *supra*). Force est en outre de constater que le dossier ne permet, pour l'heure, pas d'exclure ne serait-ce qu'un seul desdits critères.

Le premier problème est précisément que les médecins intervenus au dossier n'ont pas posé définitivement le diagnostic de borréliose, sans l'exclure pour autant. Or, au vu des marqueurs positifs pour la borréliose ressortant des analyses sérologiques au dossier, il apparaît à tout le moins vraisemblable que, si la recourante n'a pas, cas échéant, présenté une infection active de la borréliose après le 7 septembre 2014, elle l'a eue antérieurement. Conformément au critère 1 édicté par la jurisprudence en la matière, il convient que des médecins déterminent si une « borréliose de Lyme antérieure documentée cliniquement et par des examens de laboratoire, selon les définitions de cas publiés », peut être retenue.

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

Au vu de ce qui précède, le caractère actif de l'infection devra ainsi être instruit (critère 3).

Tel est également le cas des éventuels symptômes persistants, étant précisé que les Drs B._____, X._____ et V._____ ont notamment rapporté des pertes de mémoires, déjà évoqués par le Dr D._____ (cf. rapport du 10 septembre 2014), survenus en juillet 2014 au plus tôt. Dans son recours, l'intéressée a en outre fait état de fatigue, de différentes douleurs musculaires et articulaires et de dysfonctionnements cognitifs. Il conviendra donc, cas échéant, d'objectiver ces plaintes et de déterminer leur caractère persistant et invalidant au quotidien, pendant plus de six mois après un éventuel traitement antibiotique adéquat (critère 4).

Il y aura également lieu de déterminer si le début des troubles qui seraient objectivés est compatible avec l'évolution de la borréliose de Lyme (critère 5).

On rappelle que des signes objectifs au status clinique général ou neurologique ne constituent pas un critère préalable au diagnostic (critère 6), de sorte que l'intimé ne peut tirer argument du fait qu'une « atteinte neurologique de la maladie de Lyme » aurait été exclue ou que l'électroencéphalographie (cf. rapport du 5 septembre 2014 du Dr D._____) ou l'IRM cérébrale du 17 décembre 2014 seraient dans la norme (cf. décision sur opposition du 27 mai 2015). Le Dr D._____ avait d'ailleurs bien précisé que « même en l'absence de signes neurologiques, le tableau pourrait s'intégrer dans le contexte d'une maladie de Lyme, malgré le traitement antibiotique » (cf. rapport du 10 septembre 2014). Cela étant, le Dr G._____ avait conclu à un aspect de myosite localisé dans la cuisse droite, ce qui l'amenait à se demander s'il s'agissait d'une myosite secondaire à une inoculation locale (cf. rapport du 22 juillet 2014)

Enfin, conformément au critère 7, le fait que le Dr D._____ n'ait pas diagnostiqué une maladie neurologique n'est pas un argument pour ne pas retenir un syndrome post-borréliose de Lyme, au contraire. En l'état du dossier, il n'apparaît pas qu'une maladie neurologique, rhumatologique ou autres, ni qu'une maladie psychiatrique ou un état obsessionnel seraient présents chez la recourante et pourraient expliquer

ses troubles. La piste immunologique a été envisagée (cf. rapport du 6 novembre 2014 des Drs B._____, X._____, et V._____), mais n'a au final pas abouti (cf. rapport du 24 février 2015 du Dr I._____. Si d'autres possibilités pouvant expliquer les symptômes devaient se présenter, il conviendrait d'investiguer et de les exclure avant de pouvoir retenir le syndrome susmentionné (critères 7 et 8).

c) A l'instar de la recourante, il est constaté que l'intimée a supprimé le droit à toutes prestations dès le 8 septembre 2014 sur la base du rapport du 28 janvier 2015 du Dr Z._____, lequel n'a traité que de la problématique oculaire. Les autres atteintes invoquées par l'intéressée devaient cependant être examinées. En outre, le Dr Z._____ a uniquement mentionné la neuropathie optique droite d'origine probablement glaucomateuse mise en évidence par le Dr W._____, mais n'a aucunement évoqué la périphlébite rétinienne bilatérale pourtant mentionnée par le Dr W._____ également (cf. rapport du 11 septembre 2014). Or, selon ce médecin, cette atteinte évoquait une étiologie inflammatoire ou infectieuse. C'était donc bien l'origine de la périphlébite rétinienne bilatérale qu'il convenait d'analyser. Par ailleurs, et contrairement à ce qu'a retenu l'intimée (cf. décision sur opposition du 27 mai 2015), le traitement pour cette atteinte n'avait pas pris fin en septembre/octobre 2014 pour le Dr L._____, puisque celui-ci l'a à nouveau mentionnée dans ses rapports des 27 janvier et 11 mai 2015. Il convient encore de relever qu'il ressort de ce dernier rapport que la vision de la recourante s'est améliorée ensuite d'un nouveau traitement antibiotique pour la borréliose en début d'année 2015.

d) Au vu de ce qui précède, le caractère actif d'une infection par borréliose devra être instruit puis, si l'infection ne devait pas être active, l'existence d'un syndrome post-borréliose devra faire l'objet d'une instruction complémentaire. Il conviendra de motiver cette analyse et de la mener compte tenu de toutes les atteintes invoquées par la recourante, et non uniquement de sa problématique oculaire.

Il ressort ainsi de ce qui précède que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité pour qu'elle procède dans le sens des considérants, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

A toutes fins utiles, si l'intimée devait finalement retenir que la recourante a droit à des prestations au-delà du 7 septembre 2014, il lui appartiendra notamment d'analyser le droit de l'intéressée au remboursement des frais pour l'achat des compléments alimentaires en France conformément aux art. 10 al. 3 LAA et 17 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) régissant les frais de traitement à l'étranger.

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**Par ces motifs,
la juge unique
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 27 mai 2015 par U._____ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour

complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- M. _____,
- U. _____,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :