

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 juillet 2020

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Röthenbacher et M. Dépraz, juges  
Greffier : M. Klay

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Guy Longchamp, avocat à Assens,

et

**R.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 17, 53 al. 1 et 2, 61 let. i LPGA ; art. 11 OLAA ; art. 100 al. 1, 101, 102 LPA-VD**

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

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était employé depuis 1990 en tant que technicien de service pour le compte de [...] SA. A ce titre, il était assuré auprès de R.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : la R.\_\_\_\_\_ ou l'intimée) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels, ainsi que des maladies professionnelles.

Le 19 juillet 2007, l'employeur a transmis à la R.\_\_\_\_\_ une déclaration de sinistre indiquant que, le 13 décembre 2005, l'assuré était tombé dans les escaliers alors qu'il transportait du matériel avec un chariot à roulettes. Complétant cette déclaration le 7 août 2007, l'assuré a précisé que l'événement en cause avait eu lieu le 13 décembre 2005 à environ 20 heures à l'Hôpital [...]. Il a en outre expliqué qu'en voulant instinctivement se rattraper d'un faux pas, il avait senti un déchirement du type « Velcro » dans le fessier gauche et était tombé sur le matériel qu'il transportait.

A teneur d'un rapport de sérologie du 19 juillet 2007 de M.\_\_\_\_\_ S.A. à l'attention du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, les tests effectués le 17 juillet 2007 mettaient en évidence un résultat positif pour les anticorps anti-Borrelia burgdorferi IgG+IgM avec un taux de 2.80 (valeurs de références inférieures à 0.75), un résultat positif fort pour les anticorps anti-Borrelia burgdorferi IgG (WB [Western Blot]) et un résultat négatif pour les anticorps anti-Borrelia burgdorferi IgM (WB). Un contact avec B. burgdorferi s.l. était ainsi sérologiquement confirmé, sans que la date de ce contact puisse être déterminée.

Le 29 octobre 2007, l'assuré a informé la R.\_\_\_\_\_ qu'il ne souffrait pas seulement des séquelles de sa chute, mais était aussi porteur de la borréliose (maladie de Lyme). Il précisait avoir consulté son médecin traitant à l'été 2005 en raison de piqûres de tiques ; aucun examen

sérologique n'avait cependant été mené. Il a ajouté qu'il présentait une fatigue physique constante depuis juillet 2005.

La R.\_\_\_\_\_ a confié un mandat d'expertise au Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Dans son rapport d'expertise du 19 juin 2009, l'expert a exposé notamment ce qui suit :

«[...]

**IV. RESUME DU CAS, APPRECIATION ET REPONSES AU QUESTIONNAIRE:**

[...]

En conclusion, en ce qui me concerne, je pense que l'événement du 13.12.2005 était un événement banal ayant entraîné une petite distorsion lombaire susceptible d'entraîner quelques plaintes au niveau lombaire qui auraient dû évoluer dans le cours ordinaire des choses tout à fait favorablement au terme d'une période de quelques semaines au plus. La persistance, l'aggravation et la modification du caractère des troubles ne connaissent pas à mon sens d'explication somatique claire hormis un très éventuel syndrome du pyramidal, lequel est en contradiction, comme mentionné plus haut, avec l'hypoplasie du muscle pyramidal, mais très certainement de toute façon sans relation avec l'événement du 13.12.2005. Pratiquement, il s'agit tout d'abord que les juristes se prononcent sur le caractère accidentel ou non selon la LAA de l'événement du 13.12.2005. Si le juriste admet qu'il s'agit d'un événement accidentel, la relation de causalité entre les plaintes et ledit événement devra être acceptée pour une période de 3 mois au maximum.

J'ajoute enfin qu'il n'y a bien évidemment aucune relation de causalité possible entre les troubles mécano-neurologiques dont M. F.\_\_\_\_\_ s'est plaint dans les suites de l'événement du 13.12.2005 et la maladie de Lyme.

S'agissant de la maladie de Lyme, il ne fait aucun doute que M. F.\_\_\_\_\_ a été en contact avec *Borrelia-Burgdorferi* ou une autre forme de *Borrelia*, ceci sur la base des trois examens sérologiques. Par contre, l'étude des examens sérologiques permet de conclure aux éléments suivants : s'il y a bien eu infection par une forme de borréliose, on ne peut pas dater l'infection et il ne s'agissait pas d'une infection récente au moment où la sérologie a été pratiquée par le Dr K.\_\_\_\_\_.

[...]

Par ailleurs, il convient bien entendu de se pencher sur la symptomatologie développée par M. F.\_\_\_\_\_. La notion de fatigue est une notion fréquemment rencontrée dans le cadre de la maladie de Lyme. Néanmoins, nul ne l'ignore, la fatigue est un symptôme aspécifique pouvant se rencontrer dans de nombreuses pathologies

somatiques, en dehors de toute pathologie somatique et en relation avec des facteurs psychologiques. On doit donc considérer que la fatigue décrite par M. F. \_\_\_\_\_ était compatible avec une manifestation de maladie de Lyme sans en être aucunement spécifique. Deuxièmement, M. F. \_\_\_\_\_ ne rapporte pas d'érythème migrant, de manifestations systémiques autres que la fatigue et ne rapporte pas non plus de manifestations cardiologiques ou rhumatologiques. Restent les troubles sensitifs hémicorporels gauches signalés à cette époque par le patient dont la signification (relation ou non avec la maladie de Lyme) ne peut être affirmée compte tenu de l'absence de manifestations neurologiques autres évidentes de la maladie et compte tenu de l'absence de positivité des IgM.

[...]

### **3. Quelles sont vos constatations objectives et quel est votre diagnostic?**

[...]

#### Diagnostic :

- Status après distorsion lombaire simple le 13.12.2005.
- Hypoplasie du muscle pyramidal gauche.
- Douleurs fessières et troubles sensitivo-moteurs du membre inférieur gauche d'origine indéterminée sans relation de causalité probable ou certaine avec l'événement du 13.12.2005.
- Sérologie pour maladie de Lyme positive en ce qui concerne les IgG mais pas les IgM (atteinte ancienne non datable).

### **4. S'agissant de la causalité naturelle, les troubles constatés à ce jour sont-ils la conséquence de l'accident du 2005 ou de la maladie de Lyme, en ce sens que ceux-ci constituent une condition sine qua non de l'atteinte à la santé actuelle?**

[...], il faut séparer les conséquences « mécaniques » de l'événement du 13.12.2005 et celles potentielles de la maladie de Lyme. Tout d'abord, il n'y a pas de relation de causalité possible entre la maladie de Lyme et l'événement du 13.12.2005 dans un sens ou dans l'autre, la fatigue entraînée éventuellement par la maladie de Lyme ne pouvant expliquer l'événement « accidentel » du 13.12.2005 et les troubles apparus suites à l'événement du 13.12.2005 n'étant pas en relation de causalité même possible avec la maladie de Lyme.

En ce qui concerne les seules conséquences de l'événement du 13.12.2005, j'estime que ce dernier a comporté une distorsion lombaire banale ne pouvant expliquer la persistance et l'importance des troubles actuels. Pour ce problème, la relation de causalité naturelle probable ou certaine s'est achevée au terme d'une période de 3 mois au maximum après l'événement du 13.12.2005.

En ce qui concerne la maladie de Lyme, [...], la relation de causalité entre les plaintes formulées par le patient (fatigue et troubles sensitifs préalables au niveau de l'hémicorps gauche) n'est que possible étant donné le résultat des différentes sérologies ainsi que l'absence d'autres symptômes/signes d'atteinte du système

nerveux, cardio-vasculaire et locomoteur permettant de dater l'affection. Etant donné qu'un traitement légal a été effectué, les troubles constatés à ce jour ne sont très certainement pas en relation de causalité avec la maladie de Lyme en l'absence d'autres éléments plus typiques, comme mentionné plus haut. Par ailleurs, comme cité ci-dessus, les troubles présentés (fatigue et troubles sensitifs) par M. F.\_\_\_\_\_ ne sont qu'en relation de causalité possible avec la maladie de Lyme, pouvant correspondre à bien d'autres étiologies.

[...]

**6. Dans le cas où des facteurs extérieurs joueraient un rôle, lesquels sont-ils? Le cas échéant, sont-ils la suite d'un autre accident ou d'une affection malade?**

[...], l'anamnèse, l'étude des documents à disposition et le présent bilan n'apportent pas la preuve d'un autre événement accidentel ou d'une affection malade à l'origine des troubles faisant suite à l'événement du 13.12.2005 si ce n'est un très éventuel syndrome du pyramidal dont la relation de causalité avec l'événement du 13.12.2005 peut être considérée comme exclue étant donné que l'événement du 13.12.2005 n'était pas de nature à provoquer une pathologie au niveau fessier. La nature exacte des troubles présentés encore actuellement par M. F.\_\_\_\_\_ au niveau des fesses et des membres inférieurs reste donc indéterminée.

**7. L'état de santé tel qu'il était avant l'accident a-t-il été à nouveau atteint et depuis (statu quo ante) ? Si tel n'est pas le cas, quand le sera-t-il?**

[...], de facto, l'état de santé tel qu'il était avant l'événement du 13.12.2005 n'a pas été retrouvé. Néanmoins, l'événement du 13.12.2005, pour autant qu'il s'agisse effectivement d'un événement accidentel, n'était pas de nature à entraîner des troubles au-delà d'une période de quelques semaines (3 mois au maximum). L'état de santé actuel ne trouve donc pas d'explication dans les conséquences de l'événement du 13.12.2005 et, en cas de reconnaissance de la nature accidentelle de l'événement du 13.12.2005, le statu quo ante peut être admis comme retrouvé au terme d'une période de 3 mois en ce qui concerne les seules conséquences de cet événement, les troubles actuels ne pouvant être attribués à ce dernier.

**8. L'assuré a-t-il atteint le même état de santé que si l'accident ne s'était pas produit (statu quo sine) ? Le cas échéant, quand le sera-t-il?**

Cf. réponse à la question 7.

**9. Y a-t-il lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré?**

Etant donné l'échec de l'ensemble des mesures thérapeutiques tentées jusqu'ici, il est peu probable que la continuation du traitement médical soit de nature à entraîner une sensible

amélioration de l'état de santé. Par ailleurs, au vu de la relation de causalité ni probable ni certaine des troubles actuels avec l'événement du 13.12.2005, la poursuite du traitement médical n'est en principe pas à la charge de l'assureur accident.

En ce qui concerne la maladie de Lyme, [...], le traitement a été effectué et a été adéquat. Etant donné que le contact avec la maladie de Lyme est certain bien que la relation entre la symptomatologie et le contact soit douteuse, le traitement effectué par le Dr K. \_\_\_\_\_ était indiqué et a été effectué lege artis de telle sorte qu'il est à la charge de l'assureur-accident. Néanmoins, actuellement, il n'y a aucun symptôme/signe d'atteinte en relation possible avec l'infection par la maladie de Lyme de telle sorte qu'il n'y a pas d'indication actuellement à de nouvelles mesures thérapeutiques, hormis éventuellement une étude du LCR [liquide céphalo-rachidien] dans le cadre du conflit asséculo-logique.

[...]

**11. Peut-on d'ores et déjà estimer que le cas est stabilisé ou à quelle date le sera-t-il?**

Pour ce qui est des conséquences de l'événement du 13.12.2005, le cas a été stabilisé 3 mois après l'événement.

Pour ce qui est de la maladie de Lyme, le cas a été stabilisé après le traitement de Doxycycline.

**12. Existe-t-il une incapacité de travail dans la profession de technicien? Si oui, quel taux d'incapacité de travail peut-être être retenu et quelle part serait imputable à l'accident?**

[...], la capacité de travail de M. F. \_\_\_\_\_ est actuellement complète. Pour ce qui est de la relation de causalité avec l'événement du 13.12.2005, j'estime que le retour au statu quo ante/respectivement sine a été atteint 3 mois après l'événement du 13.12.2005.

En ce qui concerne la maladie de Lyme, il n'y a pas d'incapacité de travail également.

**13. Le cas échéant, pour ce qui concerne les suites de l'accident uniquement, quelle serait sa capacité de travail dans une profession adaptée? Quels types d'activités seraient envisageables ? Avec quelles restrictions?**

[...], M. F. \_\_\_\_\_ travaille actuellement à 100% et son activité est tout à fait adaptée à ses problèmes de santé, raison pour laquelle il n'y a pas, sur un plan accidentel ou maladif, d'incapacité de travail dans l'activité exercée préalablement et en conséquence dans une autre activité exigible.

**14. L'assuré souffre-t-il en relation de causalité naturelle avec les accidents susmentionnés d'une atteinte importante (altération évidente ou grave) et durable (= qui durera avec plus ou moins la même gravité pendant toute la vie) à son intégrité physique ou mentale?**

[...], il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité physique ou mentale significative en tant que conséquence de l'événement du 13.12.2005 d'une part et de la maladie de Lyme d'autre part.

[...] »

Dans un complément d'expertise du 30 novembre 2009, le Dr D. \_\_\_\_\_ a fourni les précisions suivantes

**« - Un neurologue est-il apte seul à poser le diagnostic de maladie de Lyme ou devrait-il s'adjoindre l'aide d'autres spécialistes ?**

En ce qui concerne les manifestations neurologiques de la maladie de Lyme, le neurologue est apte à poser seul le diagnostic, bien entendu sur la base de la sérologie. Dans des situations particulièrement difficiles, il peut recourir à l'aide d'un infectiologue, mais cela n'est qu'exceptionnellement nécessaire. Bien entendu, si les manifestations de la maladie de Lyme sont autres que neurologiques, le neurologue n'est pas concerné.

**- D'autres investigations auraient-elles été judicieuses pour déterminer la nature de l'affection dont souffre M. F. \_\_\_\_\_ et si la maladie de Lyme est encore active ?**

[...], les diverses sérologies pratiquées chez M. F. \_\_\_\_\_ ont démontré qu'il avait été en contact avec l'agent infectieux mais qu'il n'y avait pas de signes d'activité de la maladie. Les plaintes formulées par M. F. \_\_\_\_\_ étant particulièrement aspécifiques pour un diagnostic de maladie de Lyme, en l'absence d'autres éléments clairement évocateurs du diagnostic, j'estime que, compte tenu de l'absence de signes d'activité de l'affection dans le sang, il n'y avait pas d'indication à effectuer une ponction lombaire dans une telle situation. Il n'y avait pas non plus d'indication à pratiquer d'autres investigations.

A ce propos, j'estime qu'étant donné le caractère invasif d'une ponction lombaire, l'idée de pratiquer cet examen pour une seule raison asséurologique me paraît inconcevable, en l'absence d'éléments clairement indicateurs de cette maladie. »

L'assuré ayant demandé à ce que l'expert D. \_\_\_\_\_ prenne position sur la lettre adressée le 7 octobre 2007 au Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en infectiologie et médecine interne générale, et sur la réponse de ce dernier du 22 octobre 2007, la R. \_\_\_\_\_ a invité l'expert, par courrier du 13 avril 2010, à se prononcer sur le sujet ainsi que sur de nouvelles analyses effectuées en novembre 2009. Le 26 avril 2010, l'expert a répondu ce qui suit :

« S'agissant du résultat des sérologies pour borréliose pratiquées le 18.11.2009, ce nouvel examen n'apporte rien de plus que les précédents, à savoir que M. F.\_\_\_\_\_ a été une fois ou l'autre en contact avec l'agent infectieux, ce qui n'implique pas, comme le Dr P.\_\_\_\_\_ essayait de l'expliquer au patient dans sa lettre du 22.10.2007, qu'il ait développé une borréliose [...].

S'agissant toujours de la lettre du 22.10.2007 du Dr P.\_\_\_\_\_ à M. F.\_\_\_\_\_, le contenu de cette dernière rejoint mon appréciation du cas à savoir que M. F.\_\_\_\_\_, dans une démarche presque paranoïaque, attribue faussement ses troubles aux conséquences d'une maladie de Lyme. Je rappelle que présenter un symptôme potentiel d'une affection ne signifie pas a priori que vous êtes atteint de ladite affection. Prenons l'exemple d'un patient qui souffre de maux de tête, il est clair qu'un patient atteint d'une tumeur cérébrale souffre de maux de tête mais il est aussi évident que tous les patients souffrant de maux de tête n'ont pas une tumeur cérébrale. »

Par décision du 15 septembre 2010, la R.\_\_\_\_\_ a considéré que le lien de causalité entre les piqûres de tiques dont l'assuré avait été victime entre 2003 et 2005, d'une part, et le traitement et les incapacités de travail qui avaient débuté en juillet 2007, d'autre part, n'était pas établi avec un degré de vraisemblance suffisant. Partant, il n'existait pas de garantie de l'assurance LAA pour un accident dont les conséquences se seraient révélées en 2007. Pour le reste, l'assurance a indiqué que le remboursement des prestations déjà versées ne serait pas demandé. Dans une seconde décision du 26 janvier 2011, la R.\_\_\_\_\_ a également exclu tout lien de causalité entre l'accident survenu le 13 décembre 2005 et les atteintes à la santé postérieures au 31 mars 2006, soit trois mois après l'accident.

Par décision sur opposition du 23 mars 2011, la R.\_\_\_\_\_ a rejeté les oppositions formées les 14 octobre 2010 et 25 février 2011 par l'assuré, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_ du 19 juin 2009, complété les 30 novembre 2009 et 26 avril 2010.

Statuant le 22 août 2012 (CASSO AI 46/11 - 78/2012), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision sur opposition susmentionnée. Elle a considéré en substance qu'il y avait lieu de se rallier aux conclusions de

l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_ excluant tout lien de causalité entre l'état du muscle pyramidal et l'événement du 13 décembre 2005 et retenant que cet événement avait engendré une distorsion lombaire banale dont on pouvait admettre le lien de causalité sur une période de trois mois au maximum. En outre, s'agissant de la maladie de Lyme, les diverses sérologies pratiquées chez l'intéressé avaient démontré qu'il avait été en contact avec l'agent infectieux, mais qu'il n'y avait pas de signes d'activité de la maladie, dès lors que les plaintes formulées étaient particulièrement aspécifiques pour un diagnostic de maladie de Lyme, en l'absence d'autres éléments clairement évocateurs du diagnostic.

**B.** Le 23 mai 2014, l'assuré a déposé auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal une demande de révision de l'arrêt du 22 août 2012 en concluant notamment à ce qu'une rente lui soit versée dès le 13 décembre 2005. A l'appui de sa demande, l'intéressé s'est notamment prévalu d'une prétendue falsification des documents de l'assureur, ainsi que de symptômes qui n'auraient pas été pris en compte par l'expert, en particulier de fasciculations.

Par jugement du 28 avril 2015 (CASSO AA 50/14 - 36/2015), la Cour de céans a rejeté la demande de révision dans la mesure où elle était recevable. Dans un arrêt du 24 août 2015 (TF 8C\_375/2015), le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable pour défaut de motivation le recours formé par l'intéressé à l'encontre du jugement du 28 avril 2015.

**C.** Le 19 février 2016, l'assuré a interpellé la R.\_\_\_\_\_ au sujet de la prise en charge d'un traitement antibiotique et d'un examen du foie préalable à ce traitement, menés ensuite d'un bilan de confirmation de sa borréliose sous la forme d'un test ELISA (« enzyme-linked immunosorbent assay ») - tel que pratiqué depuis 2007 environ tous les deux ans - et d'un test Western Blot - effectué pour la première fois en 2015 selon l'intéressé.

Le 16 mars 2016, la R.\_\_\_\_\_ a répondu que les éléments invoqués par l'assuré ne constituaient pas des faits nouveaux. Elle a ainsi

refusé de prendre en charge les frais médicaux ressortant des factures transmises par l'intéressé.

Le 15 avril 2016, l'assuré a demandé qu'une décision formelle soit rendue.

Dans une lettre du 24 mai 2016 adressée au Tribunal fédéral et en copie notamment à la Cour de céans et à la R. \_\_\_\_\_, l'intéressé a notamment évoqué un fait nouveau qu'il avait appris un mois auparavant, soit qu'il était également porteur de la babésiose, co-infection transmise par les tiques.

Par décision du 25 juillet 2016, la R. \_\_\_\_\_ a refusé d'entrer en matière sur la demande de l'intéressé au motif que celle-ci ne se fondait sur aucun fait nouveau.

Le 9 août 2016, l'assuré s'est opposé à cette décision en invoquant le test Western Blot positif de 2015, ainsi que la détection en avril 2016 d'une co-infection, qu'il faisait remonter à juin 2005.

Le 3 octobre 2016, la R. \_\_\_\_\_ a demandé à l'assuré des renseignements complémentaires sur les nouvelles analyses médicales.

Le 10 février 2017, l'intéressé est intervenu par l'intermédiaire de son mandataire auprès de la R. \_\_\_\_\_ en faisant valoir différents éléments propres à démontrer que la maladie de Lyme dont il était atteint avait pour origine une piqûre de tique en 2005. A cet égard, l'assuré s'appuyait notamment sur une co-infection détectée en 2016, ainsi que sur le résultat de nouvelles analyses médicales. Il évoquait en outre le fait qu'il allait subir une ponction lombaire le 15 février 2017. A cet envoi étaient annexés les documents suivants :

- Un rapport de sérologie du 23 novembre 2015 du Laboratoire [...], en [...], dont il ressortait que les tests menés le 16 octobre 2015 mettaient notamment en évidence un résultat positif pour Borrelia

IgG avec un taux de 206.40 (valeurs de référence inférieurs à 10) et un résultat positif pour Borrelia IgG WB ;

- Un rapport du [...] du 29 janvier 2016, selon lequel les tests effectués le 25 janvier 2016 indiquaient notamment un taux inférieur à 20 pour Ehrlichiose (HGE)-IgG-IFT (valeurs de référence inférieures à 1:64) et un taux de 20 pour Ehrlichiose (HGE)-IgM-IFT (valeurs de références inférieures à 1:20) ;
  
- La première page sur deux d'un rapport de sérologie du 29 novembre 2016, émanant du Laboratoire [...] SA [...], selon l'assuré, dont il ressortait que les résultats des tests pour Borrelia étaient positifs pour Immunoblot G, pour Bande P100 (B. afzelli) et pour Bande VlsE (Borrelia), et étaient indiqués comme « +/- » pour Bande p41 (B. burgdorferi).

Par décision sur opposition du 6 avril 2017, la R.\_\_\_\_\_ a transmis la demande de l'intéressé à la Cour de céans comme objet de sa compétence, dans la mesure où elle constituait une demande de révision de l'arrêt du 22 août 2012, et l'a déclarée irrecevable pour le surplus.

Le 11 avril 2017, la Présidente de la Cour de céans a informé l'assuré et son mandataire qu'il ne serait pas donné suite à la transmission susmentionnée de la demande. Ce courrier rappelait en outre les conditions pour déposer un recours contre la décision sur opposition du 6 avril 2017, respectivement une demande de révision de l'arrêt du 22 août 2012.

**D.** Par acte du 22 mai 2017, F.\_\_\_\_\_, représenté par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à des prestations de l'intimée lui est accordé dès le 1<sup>er</sup> juillet 2005 - plus intérêt moratoire à 5 % l'an dès cette date -, subsidiairement dès le 1<sup>er</sup> février 2016 - plus intérêt moratoire à 5 % l'an dès cette date -, et plus

subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. En substance, il a fait valoir que l'intimée aurait dû traiter sa demande sous l'angle de l'art. 17 LPGA et que les motifs invoqués à l'appui de celle-ci justifiaient l'octroi de prestations dès le 1<sup>er</sup> juillet 2005 dès lors que le lien de causalité entre les piqûres de tiques ayant eu lieu entre 2003 et 2005 et les atteintes à sa santé était selon lui démontré. En outre, il ne convenait pas de considérer dite demande comme « une demande de révision ». Cela étant, « même s'il devait s'avérer que la demande du recourant devait être interprétée comme une demande de révision, [l'intimée] a[vait] agi de manière totalement contraire à la bonne foi » en demandant des renseignements complémentaires par courrier du 3 octobre 2016 pour ensuite le renvoyer à agir selon la procédure de révision. L'intéressé a par ailleurs requis l'octroi de l'assistance judiciaire, en indiquant que les informations détaillées seraient transmises par pli séparé. A titre de mesures d'instruction, il requerrait notamment la mise en œuvre d'une expertise judiciaire auprès d'un médecin qualifié dans la problématique de la maladie de Lyme/borréliose.

Dans sa réponse du 29 juin 2017, l'intimée a conclu principalement à l'irrecevabilité du recours, subsidiairement à son rejet. Elle a soutenu que, dans la mesure où le recourant se prévalait d'un fait nouveau – soit la détection récente d'une co-infection par la babésiose – pour remettre en cause l'absence de causalité entre les piqûres de tiques et les affections dont il indiquait souffrir, sa demande devait être traitée comme une demande de révision. Elle a relevé que le cas ne tombait manifestement pas dans le champ d'application de l'art. 17 LPGA dès lors que l'octroi de prestations avait été refusé. Seul un examen sous l'angle d'une rechute ou de séquelles tardives serait possible. Or, le recourant ne pouvait se voir octroyer de prestations à l'issue de cet examen, dans la mesure où le lien de causalité n'avait précisément pas été admis dans la décision initiale.

Aux termes d'une réplique du 2 octobre 2017, l'intéressé a maintenu ses conclusions et, en substance, ses arguments. Il a ajouté que

lorsque l'intimée lui avait demandé différents documents complémentaires par courrier du 3 octobre 2016 pour pouvoir se prononcer, la question de savoir si son interpellation devait être considérée comme une demande de révision au sens de l'art. 17 LPGA ou 61 LPGA avait été laissée de côté, à juste titre selon l'intéressé. Le point à déterminer était en effet de savoir si et dans quelle mesure l'intimée devait octroyer des prestations, au vu des nouveaux éléments indiqués par le recourant. Il a également considéré que le refus initial de l'intimée de reconnaître le lien de causalité ne découlait que du fait qu'elle s'était fondée sur des rapports erronés, en particulier celui du Dr D.\_\_\_\_\_. Il faisait valoir à cet égard que tant la problématique de la maladie de Lyme/Borréliose, que la co-infection d'ehrlichiose remontaient à l'accident de 2005. Il estimait enfin que l'intimée avait reconnu - par lettre du 30 juillet 2017 adressée à la Dre J.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et en psychiatrie et psychothérapie - lui avoir versé antérieurement des prestations, de sorte que la question d'une éventuelle rechute ou séquelle tardive se posait. Il a enfin requis l'audition de la Dre J.\_\_\_\_\_, subsidiairement la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant un spécialiste de la maladie de Lyme/Borréliose. A l'appui de son écriture, il a produit la lettre du 30 juillet 2017, par laquelle l'intimée avait informé la Dre J.\_\_\_\_\_ qu'il ne lui était pas possible d'honorer la facture que celle-ci avait envoyée, dans la mesure où elle avait mis un terme à ses prestations il y avait plusieurs années déjà.

Par duplique du 7 novembre 2017, l'intimée a confirmé ses conclusions.

Dans une nouvelle écriture du 25 avril 2019, le recourant, par l'intermédiaire de son conseil, a précisé sa conclusion plus subsidiaire du 22 mai 2017 en concluant à ce que la décision sur opposition du 6 avril 2017 de l'intimée soit modifiée en ce sens que le lien de causalité naturelle et adéquate entre la morsure de tique et les troubles qu'il présentait, à savoir la maladie de Lyme, soit reconnu en tant que condition du droit aux prestations de l'assurance-accidents, et à ce que la cause soit renvoyée à l'intimée pour le service des prestations de l'assurance-

accidents obligatoire au sens des considérants, moyennant une nouvelle décision. Plus subsidiairement encore, il a conclu à ce que l'arrêt du 22 août 2012 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (AA 46/11 - 78/2012) soit modifié en ce sens que le lien de causalité naturelle et adéquate entre la morsure de tique et les troubles qu'il présentait, à savoir la maladie de Lyme, soit reconnu en tant que condition du droit aux prestations de l'assurance-accidents, et à ce que la cause soit renvoyée à l'intimée pour le service des prestations de l'assurance-accidents obligatoire au sens des considérants, moyennant une nouvelle décision. En substance, il a confirmé sa position et a ajouté, en se fondant sur un rapport du 27 mars 2019 de la Dre J.\_\_\_\_\_, que cette médecin posait clairement et pour la première fois le diagnostic de maladie de Lyme, cela en prenant notamment en considération des rapports d'analyses effectués en 2015 et 2016. Le lien de causalité entre les piqûres de tiques de 2005 et les affections à sa santé était ainsi établi. Selon le recourant, ce diagnostic de maladie de Lyme constituait un fait nouveau, et le rapport du 27 mars 2019 de la Dre J.\_\_\_\_\_ un moyen de preuve nouveau. En outre, il a soutenu à nouveau que l'intimée avait agi contrairement à la bonne foi en rendant la décision sur opposition litigieuse alors qu'elle avait expressément accepté de rouvrir le dossier. Enfin, il a estimé que les nouveaux éléments produits devaient être pris en considération dans le cadre de son recours. Toutefois, s'il devait être considéré que tel ne pourrait pas être le cas, et ce alors même que l'intimée avait demandé la production de ces nouveaux éléments par courrier du 3 octobre 2016, il conviendrait d'admettre la présente écriture au titre d'une demande de révision de l'arrêt du 22 août 2012 de la Cour de céans. A l'appui de sa position, l'intéressé a produit le rapport du 27 mars 2019 de la Dre J.\_\_\_\_\_. Celui-ci avait été établi à la demande du recourant et de son conseil et adressé à ce dernier. La Dre J.\_\_\_\_\_ y a considéré notamment ce qui suit :

« [...]

**Diagnostics**

Maladie de Lyme chronique stade III active.

Selon l'anamnèse piqure de tique fin juin 2005.

Sérologie positive pour la maladie de Lyme découverte en 2007.

Présence d'anticorps contre *Coxiella burnetii* ph 2 IgG.

Une infection en cours à *Bartonella henselae* ne peut pas être exclue.

Une infection par réactivation du virus HSV[herpès simplex virus]-1/HSV-2 est probable.

Petit cavernome non compliqué (3,5 mm) isolé dans la substance blanche du centre ovale frontal droit.

Cloisonnement de la partie postérieure des sinus maxillaires avec comblement partiel de la cellule postérieure gauche ainsi créé.

Discret épaissement muqueux dans les cellules ethmoïdales antérieures droites.

Petit épaissement focal à l'angle postéro-latéral droit de la cellule sphénoïdale médiane.

Épaississement muqueux plus important et d'allure chronique avec un noyau central déshydraté au niveau de la paroi antérieure de la cellule sphénoïdale gauche.

### **Discussion et propositions**

Il a fait de la course à pied le long du lac de [...]. Il a eu en tout 7 piqûres de tique entre 2003 et 2005. Il n'a pas vu d'érythème migrant. C'est après les deux dernières piqûres fin juin 2005 que ses symptômes ont commencé. Il est allé voir son médecin le 5 juillet 2005 mais en absence d'érythème migrant on a considéré qu'il n'était pas infecté. Il n'a pas reçu d'antibiotique. Les symptômes comprenaient une grande fatigue, des paresthésies et des douleurs dans la musculature fessière gauche et au bout des doigts des deux mains.

En juillet 2007, un rhumatologue a fait des tests sérologiques qui se sont avérés positifs pour *Borrelia burgdorferi*. Les anticorps anti-*Borrelia burgdorferi* IgG et IgM ainsi que le Western blot IgG étaient fortement positifs. Le cas a été annoncé à l'assurance accident par ce médecin (Sinistre No [...]). Il a reçu de la Doxycycline pendant 21 jours. Dès début 2008, apparition de fasciculations musculaires dans les cuisses, les mollets, les fessiers et les MS [membres supérieurs] des deux côtés. Il a souvent des douleurs dans les extrémités. L'EMG [électromyogramme] à répétition et un EEG [Electroencéphalogramme] sont négatifs.

A l'examen neurologique, notion de perte soudaine de l'odorat en 2008 et une légère diminution de l'audition depuis 4-5 ans un peu plus à D [droite] avec acouphènes des deux côtés. Hypoesthésie au touché signalée dans le territoire V/2 gauche et sur le tibia gauche. Au piqué, hypoesthésie signalée au niveau de la cuisse G. La sensibilité profonde est préservée. Le réflexe achilléen est un peu moins vif à G.

L'IRM [Imagerie par résonance magnétique] cérébrale et l'angio-IRM des vaisseaux intracrâniens montre un cloisonnement de la partie postérieure des sinus maxillaires avec un comblement partiel de la cellule postérieure gauche. Épaississement muqueux plus important et d'allure chronique au niveau de la paroi antérieure de la cellule sphénoïdale gauche.

Petit cavernome non compliqué (3,5 mm) isolé dans la substance blanche du centre ovale frontal droit. Il n'y a pas d'anomalie démyélinisante ou inflammatoire.

Les examens de laboratoire ont montré une sérologie positive pour *Borrelia* sp., indiquant une infection chronique active. Le taux élevé d'IgG de dépistage et leur confirmation par western blot et démontré dans deux laboratoires différents et avec la présence des bandes

spécifiques p17, OspA, p83 et VlsE. L'IgG anti-VlsE. Ces données, en absence d'IgM et immunoblot IgM, indiquent qu'il ne s'agit pas d'une infection récente mais d'une infection chronique. Un contact avec l'agent de la borréliose de Lyme est sérologiquement confirmé et les résultats sont compatibles avec une infection chronique en cours.

Une ponction lombaire a été effectuée le 15.02.2017. Le LCR est clair et ne montre pas une augmentation des leucocytes mais le taux de protéine du LCR est à la limite supérieure de la norme (450 (150-450)). Les études quantitatives des quotients LCR/sérum n'indiquent ni une altération de la barrière hémato-encéphalique ni une synthèse intrathécale d'immunoglobines. Par contre l'isoélectrofocalisation montre la présence d'une bande de type IgG identique dans le sérum et le LCR (Type 4). L'analyse qualitative par isoélectrofocalisation est plus sensible que l'analyse quantitative pour démontrer une synthèse intrathécale d'immunoglobines (Freedman et al. Recommended standard of cerebrospinal fluid analysis in the diagnosis of multiple sclerosis: a consensus statement. Arch Neurol. 2005;62: 865-70) et selon les laboratoires de la clinique Mayo, la présence de bandes oligoclonales dans le LCR peut également indiquer une maladie de Lyme. La détection de bandes oligoclonales d'immunoglobulines par isoélectrofocalisation a montré une synthèse d'immunoglobulines d'IgG dans le LCR ans 70.3% des cas de neuroborréliose de Lyem (Djukic et al., Cerebrospinal fluid findings in adults with acute Lyme neuroborreliosis. J Neurol. 2012; 259: 630-636). La présence de bandes oliogoclonales d'IgG dans le LCR, Type 2 et 3 ou « en miroir » dans le LCR et le sérum (Type 4), sont tous de bons prédicteurs de l'inflammation du SNC [système nerveux central] et peuvent être utilisés pour diagnostiquer une inflammation du SNC (Sinclair et al. Clinical association of intrathecal and mirrored oligoclonal bands in paediatric neurology. Dev Med Child Neurol (2013;55;71-75). Les bandes en miroir dans le LCR et sérum (type 4) indiquent une inflammation systématique avec la participation du CNS [central nervous system] de façon primaire ou secondaire (Lim, Developmental Medicine & Child Neurology, 2013, 55 : 7-14).

L'analyse de potentielles coïnfections dans la maladie de Lyme est fortement recommandée, aussi par le CDC (Rolain JM et al., Concomitant or Consecutive Infection with *Coxiella burnetii* and Tickborne Diseases Clinical Infectious Diseases. 2005;40:82-8, 2004 by the Infectious Diseases Society of America). Dans la maladie de Lyme, en présence de coïnfections, un traitement antibiotique plus long est nécessaire et est généralement reconnu.

La présence d'anticorps anti-*Coxiella burnetii* IgG ph 2 indique un contact avec cette bactérie qui peut être transmise par des animaux mais aussi par des piqûres de tiques.

Les résultats présents nous montrent une probable ancienne infection avec la persistance de l'anti-*Coxiella burnetii* IgG ph 2.

Présence aussi d'IgG anti-*Bartonella henselae* à la limite du seuil. Même en l'absence d'IgM, une infection en cours ne peut pas être exclue. Cette bactérie est le plus fréquemment transmise par des griffures de chat mais peut aussi être transmise par des piqûres de tiques. A noter que *Coxiella burnetii* et *Bartonella henselae* sont deux fréquentes coïnfections dans la maladie de Lyme.

Les tests sérologiques pour une autre fréquente coïnfection, *Anaplasma phagocytophylum* selon les antécédents du patient étaient positifs en 2016 mais sont à présent négatifs.

Quelques autres fréquentes co-infections analysées qui peuvent aussi être transmises par une pique de tique, *Babesia microti*, *Rickettsia conorii*, encéphalite à tique et *Yersinia* sp. sont négatives.

Un contact avec les virus HSV de type 1 et 2 est sérologiquement confirmé. Etant donné que la fixation du complément est positive, une infection par réactivation du virus semble probable.

En présence de coïnfections un traitement antibiotique d'un mois n'est pas suffisant pour stopper l'infection et empêcher le développement d'une infection chronique latente. Dans des cas de maladie de Lyme non diagnostiquée ou insuffisamment traitée, comme dans la syphilis, le développement d'une infection chronique est facilitée. Chez notre patient l'infection primaire remonte à plus de 10 ans.

Un traitement chronique à été entrepris alternant aromathérapie et prise d'antibiotiques ciblant *Borrelia burgdorferi* et les différents coïnfections, y inclus l'infection à HSV. Le traitement est rigoureusement vérifié et contrôlé pour évitez des éventuels effets secondaires, comme témoignent les tests hépatiques et la créatinine, qui restent inchangés durant le traitement. Le patient a reçu 4 semaines de Co-Amoxicilline 3x625 mg ou 2x1g/j, de Doxycycline 2x100 ou 200mg et Minocin 2x50mg à 2 reprises. La nécessité du traitement est déterminée par les résultats de contrôles sérologiques annuels.

A noter une cholestérolémie (cholestérol total : 8.75 mmol/l (<5.00)) et une carence en vitamine D.

Ce rapport a été écrit dans le seul but d'aider le patient avec mes meilleures connaissances possibles. En aucun cas je ne souhaite prendre part dans le conflit qui oppose le patient et son assurance. Il s'agit d'une domaine complexe et en pleine évolution et c'est seulement en discutant ouvertement que nous pouvons contribuer à aider les patients au mieux que nous pouvons.

[...] »

Le 23 mai 2019, l'intimée a estimé que le rapport du 27 mars 2019 de la Dre J.\_\_\_\_\_, s'agissant d'une nouvelle appréciation médicale, ne constituait pas un fait nouveau, de sorte que la demande révision devait être rejetée.

Aux termes de déterminations du 28 juin 2019, le recourant, par son conseil, a relevé que le rapport de la Dre J.\_\_\_\_\_ se fondait notamment sur le résultat d'une ponction lombaire, examen qui n'avait pas été effectuée jusqu'ici et qui constituait un fait nouveau. L'intimée

avait en outre expressément refusé de prendre en charge les coûts de cette ponction lombaire.

Interpellée le 22 octobre 2019 par la juge instructrice, la Dre J.\_\_\_\_\_ a répondu le 10 novembre 2019 aux questions qui lui étaient posées de la manière suivante :

*« Quand avez vous examiné M. F. \_\_\_\_\_ pour la première fois?:  
C'est le 25.01.2017.*

*Dans quelle circonstance et dans quel contexte avez-vous été consultée?:*

Selon les informations reçues de M. F. \_\_\_\_\_, c'est la Dre Z. \_\_\_\_\_ de [...] qui l'a envoyé de venir à ma consultation pour effectuer un bilan neurologique.

*A quelle fréquence avez-vous vu M. F. \_\_\_\_\_?*

Depuis le 25.01.2017 jusqu'au 02.09.2019 j'ai vu 11 fois le patient, environ tous les 3-4 mois par année.

*Quand avez-vous vu M. F. \_\_\_\_\_ pour la dernière fois?*

C'est le 02.09.2019.

*Qui a ordonné*

*l'examen neurologique du 30 juin 2017?*

*L'examen neuropsychologique du 28 juillet 2017?*

*L'IRM cérébrale et angio-IRM cérébrale du 2 février 2017?*

*Les examens de laboratoire du 15 avril 2017?*

*La ponction lombaire du 15 février 2017?*

Ces examens ont été effectués et demandés par moi-même dans le cadre d'un bilan neurologique pour déterminer la situation actuelle d'une maladie de Lyme, la présence d'éventuelles coinfections transmises par la tique, pour exclure d'autres conditions qui peuvent se manifester par les mêmes symptômes que la maladie. C'est l'interprétation de l'ensemble de ces résultats avec l'anamnèse qui permettent de confirmer ou exclure une maladie de Lyme ou d'autres conditions et qui permet de traiter le patient correctement selon les résultats.

*Quel traitement a été mis en place à la suite de ces examens ? Par qui ?*

Un traitement chronique a été mis en place par moi-même en se basant sur les résultats obtenus. La nécessité du traitement est déterminée par les résultats de contrôles sérologiques annuels. Le traitement alterne aromathérapie et antibiotiques ciblant *Borrelia burgdorferi* et les différentes coinfections, et un traitement anti-viral contre le virus Herpes simplex pour stopper une infection en cours. Le patient a reçu 4 semaines de Co-Amoxicilline 3x625 mg ou 2x1g/j, de Doxycycline 2x100 ou 200mg et Minocin 2x50mg à 2 reprises. Les tests hépatiques et la créatinine restaient inchangés durant le traitement indiquant l'absence d'effets secondaires des antibiotiques.

Comme mentionné dans mon rapport neurologique, en aucun cas je souhaite prendre part dans le conflit qui oppose le patient et son assurance, ni remettre en question l'expertise et l'opinion de mes collègues neurologues ou autres

[...] »

Le 3 décembre 2019, l'intimée a indiqué estimer que le rapport du 10 novembre 2019 de la Dre J. \_\_\_\_\_ n'apportait pas d'élément nouveau.

Le 9 janvier 2020, le recourant, par son conseil, a maintenu sa position.

### **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]), compte tenu des fêtes pascales (cf. art. 96 al. 1 let. a LPA-VD), et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** En l'occurrence, est litigieuse la question du droit aux prestations du recourant depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2005.

Afin d'obtenir dites prestations, l'intéressé a, dans un premier temps, recouru, par acte du 22 mai 2017, à l'encontre de la décision sur

opposition du 6 avril 2017 de l'intimée, qui déclarait sa demande du 19 février 2016 irrecevable au motif qu'elle constituait une demande de révision de l'arrêt de la Cour de céans du 22 août 2012. Dans un second temps, et alors qu'il l'avait préalablement exclu, le recourant a déposé une demande de révision procédurale du 25 avril 2019 de l'arrêt de la Cour de céans du 22 août 2012, lequel avait confirmé la décision sur opposition du 23 mars 2011 de l'intimée notamment en ce qu'elle avait refusé d'accorder à l'intéressé des prestations pour les suites de piqûres de tiques.

**3. a/i)** Aux termes de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Les jugements sont quant à eux soumis à révision s'ils ont été influencés par un crime ou un délit ou si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts, soit si le requérant invoque des faits ou des moyens de preuve importants qu'il ne pouvait pas connaître lors de la première décision ou dont il ne pouvait pas ou n'avait pas de raison de se prévaloir à cette époque (art. 61 let. i LPGA ; art. 100 al. 1 LPA-VD).

**ii)** La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (TF 8C\_120/2017 du 20 avril 2017 consid. 2). Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 134 III 669 consid. 2.2). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à

établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 353 consid. 5b).

**iii)** La révision ne permet pas de supprimer une erreur de droit, de bénéficier d'une nouvelle interprétation, d'une nouvelle pratique ou d'obtenir une nouvelle appréciation de faits connus lors de la décision dont la révision est demandée. Elle ne permet pas non plus de rediscuter l'argumentation juridique contenue dans l'arrêt dont la révision est demandée. Une appréciation juridique erronée de l'autorité qui a pris la décision n'ouvre donc pas la voie de la révision (CDAP RE.2011.0007 du 29 juillet 2011 consid. 2 ; Benoît Bovay/Thibault Blanchard/Clémence Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, LPA-VD annotée, Bâle 2012, n° 4 ad art. 100 LPA-VD p. 454).

**iv)** Saisie d'une demande de révision, l'autorité la déclare irrecevable lorsque les conditions de forme, relatives aux délais, conclusions et à la motivation de la demande ne sont pas respectées. Si les motifs de révision ne sont pas réalisés, elle rejette la demande. Lorsque l'autorité constate que le moyen allégué à l'appui de la demande de révision aurait pu être invoqué à un stade antérieur de la procédure, on peut hésiter sur la question de savoir si elle doit refuser d'entrer en matière ou rejeter la demande (TF 1P.320/1996 du 24 janvier 1997 consid. 1c ; Bovay/Blanchard/Grisel Rapin, op. cit., n° 2 ad art. 105 LPA-VD p. 460).

**v)** La demande de révision doit être déposée dans les nonante jours dès la découverte du motif de révision ; le droit de demander la révision, pour ce motif, se périmé en outre par dix ans dès la notification de la décision ou du jugement visé (en cas de révision d'une décision de l'assureur : art. 66 al. 1 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA ; en cas de révision d'un arrêt de la Cour de céans : art. 101 LPA-VD par renvoi de l'art. 61 al. 1 LPGA). L'autorité ayant rendu la décision ou le jugement visé statue sur la demande de révision (en cas de révision d'une décision de l'assureur : art. 53 al. 1 LPGA et art. 66 al. 1 PA par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA ; en cas de révision d'un arrêt de la Cour de céans : art. 102 LPA-VD par renvoi de l'art. 61 al. 1 LPGA).

**b/i)** De surcroît, lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art. 17 LPGA. En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (art. 17 al. 2 LPGA). La prise en charge des frais de traitement ne constituant pas une prestation durable au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.6 ; TF 8C\_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.3).

**ii)** Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit aux prestations avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant

- en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé est sans pertinence de ce point de vue (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

**iii)** L'art. 17 LPGA trouve ainsi application en cas de vrais novas et lorsque l'assuré est au bénéfice de prestations. Dans le cadre de l'assurance-accidents et dans le cas où l'assuré ne perçoit pas de prestations, celui-ci a néanmoins toujours la possibilité de demander des prestations en cas de vrais novas en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]), s'il estime que son état de santé s'est modifié depuis la décision de refus ou de suppression de prestations entrée en force (cf. TF 8C\_501/2014 du 5 août 2015 consid. 4 et réf.cit. ; TF 8C\_21/2014 du 6 novembre 2014 consid 5).

**c)** En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit ou des faits, il y lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. Toutefois, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions de l'art. 53 al. 2 LPGA et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 133 V 50 consid. 4.1 et réf. cit. ; 119 V 475 consid. 1 b/cc et 117 V 8 consid. 2a ; TF 9C\_517/2011 du 12 septembre 2011 ; cf. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3<sup>e</sup> éd., Zurich/Bâle/Genève 2015, ad art. 53 LPGA n°44 p. 681).

**4.** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance

prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et réf. cit.).

Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est toutefois pas absolu et sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c et réf. cit.). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 180 consid. 3.2 ; 125 V 193 consid. 2 ; TF 9C\_694/2014 du 1<sup>er</sup> avril 2015 consid. 3.2).

**5. a/i)** En l'espèce, le droit aux prestations du recourant pour les suites des piqûres de tiques avait été refusé par arrêt du 22 août 2012 de la Cour de céans, qui s'était pour l'essentiel rallié aux conclusions de l'expert D.\_\_\_\_\_ (cf. rapports d'expertise des 19 juin 2019, 30 novembre 2009 et 26 avril 2010).

Alors qu'il l'avait exclu auparavant (cf. recours du 22 mai 2017), le recourant a finalement demandé, à titre de conclusion subsidiaire, la révision procédurale de l'arrêt précité dans ses déterminations du 25 avril 2019. Il convient dans un premier temps de statuer sur cette demande, dans la mesure où son admission entraînerait la modification de l'arrêt du 22 août 2012 et permettrait potentiellement à l'intéressé d'obtenir le versement de prestations depuis une date antérieure à cet arrêt. Au contraire du recours, dont l'admission ne permettrait pas l'octroi de prestations, mais uniquement le renvoi de la cause à l'intimée pour décision au fond, comme on le verra ci-dessous (cf. consid. 5b/i *infra*).

L'intéressé fonde ses prétentions sur le rapport du 27 mars 2019 de la Dre J.\_\_\_\_\_. Celle-ci y a notamment posé le diagnostic de maladie de Lyme chronique stade III active, ensuite de plusieurs examens mis en œuvre par elle : IRM cérébrale et angio-IRM des vaisseaux intracrâniens du 2 février 2017 ; ponction lombaire du 15 février 2017 ; examen de laboratoire du 14 avril 2017 ; examen neurologique du 30 juin 2017 ; examen neuropsychologique du 28 juillet 2017 (cf. rapports du 27 mars 2019 et du 10 novembre 2019 de la Dre J.\_\_\_\_\_. La Dre J.\_\_\_\_\_ a expliqué que c'était l'interprétation de l'ensemble de ces résultats avec l'anamnèse qui permettait de confirmer ou d'exclure la maladie de Lyme et qui permettait de traiter l'intéressé correctement selon les résultats obtenus (cf. rapport du 10 novembre 2019).

Le recourant se réfère également à un arrêt du Tribunal fédéral (TF 8C\_120/2017 du 20 avril 2017) portant sur une affaire présentant des similitudes avec la présente cause. Dans cette procédure, le Tribunal fédéral avait estimé qu'un rapport médical rendant compte des résultats d'une ponction lombaire, examen qui n'avait pas été fait jusque-là, constituait indiscutablement un moyen de preuve nouveau propre à établir un fait pertinent par rapport aux éléments médicaux recueillis dans le cadre de la procédure principale et initiale (TF 8C\_120/2017 du 20 avril 2017 consid. 3.3).

**ii)** Il s'agit en premier lieu d'examiner si les conditions de recevabilité de la demande de révision procédurale de l'arrêt du 22 août 2012 - selon l'art. 61 let. i LPGA (cf. consid. 3a *supra*) - sont réunies. En particulier, et avant de déterminer si l'intéressé invoque et prouve effectivement un motif de révision, le respect du délai de nonante jours dès la découverte du moyen de révision doit être analysé (cf. consid. 3a/v *supra*).

Le recourant fait démarrer ce délai à la réception du rapport du 27 mars 2019 de la Dre J.\_\_\_\_\_ (cf. écriture du 25 avril 2019).

Il est précisé que dans l'arrêt précité du Tribunal fédéral, la ponction lombaire avait été pratiquée le 21 juin 2016, le rapport en rendant compte et attestant une infection active à *Borrelia burgdorferi* datait du 8 septembre 2016 et la demande de révision procédurale était du 5 novembre 2016 (cf. 8C\_120/2017 du 20 avril 2017).

Dans la présente affaire, la situation est cependant autre. En effet, le rapport adressé à l'avocat du recourant, évoquant le diagnostic de maladie de Lyme chronique stade III active, date du 27 mars 2019 et la Dre J.\_\_\_\_\_ fonde ce diagnostic sur des examens ayant été pratiqués entre février et juillet 2017, soit pratiquement deux ans auparavant. Certes, les résultats bruts d'une ponction lombaire, ou d'un autre examen, ne sauraient faire démarrer le délai de nonante jours pour demander une révision procédurale. Ces résultats, pour être intelligibles par un assuré, doivent être expliqués et synthétisés par un médecin. Toutefois, en l'espèce, la Dre J.\_\_\_\_\_ a vraisemblablement informé le recourant avant le 27 mars 2019 de son interprétation du résultat des différents examens menés et du diagnostic de maladie de Lyme chronique stade III qu'elle a posé. En effet, la Dre J.\_\_\_\_\_ a régulièrement vu l'intéressé depuis sa première consultation du 25 janvier 2017, soit tous les trois ou quatre mois environ, totalisant ainsi onze consultations au 2 septembre 2019 (cf. rapport du 10 novembre 2019). De plus, elle a expliqué qu'elle avait mis en place un traitement chronique en se basant sur les résultats obtenus ensuite de ces examens. Le traitement alternait aromathérapie et prise d'antibiotiques ciblant *Borrelia burgdorferi* et les différentes co-infections. Le recourant avait ainsi reçu quatre semaines de Co-Amoxicilline 3x625 mg ou 2x1g/j, de Doxycycline 2x100 ou 200 mg et de Minocin 2x50 mg à deux reprises (cf. rapports de la Dre J.\_\_\_\_\_ du 27 mars 2019 et du 10 novembre 2019). Il ne paraît pas vraisemblable que l'intéressé ait suivi ce traitement conséquent sans en avoir été informé des raisons par la Dre J.\_\_\_\_\_. Il y a encore lieu de relever que le recourant avait annoncé le 10 février 2017 à l'intimée qu'il allait subir le 15 février 2017 une ponction lombaire. Au vu des multiples démarches opérées par le recourant depuis plusieurs années pour faire reconnaître le caractère actif de sa maladie de Lyme, il n'apparaît à nouveau pas

plausible que celui-ci ait attendu jusqu'au rapport de la Dre J.\_\_\_\_\_ du 27 mars 2019 pour prendre connaissance du résultat de cette ponction lombaire effectuée plus de deux ans auparavant.

Compte tenu de ce qui précède, le recourant échoue à rendre vraisemblable qu'il aurait déposé sa demande de révision procédurale dans les nonante jours suivant la découverte des résultats des examens effectués en 2017 et du diagnostic de maladie de Lyme chronique stade III active posé par la Dre J.\_\_\_\_\_ (cf. consid. 4 *supra*). Partant, force est de considérer que, lorsque l'intéressé a déposé sa demande de révision procédurale du 25 avril 2019 en se fondant sur les résultats des examens menés en 2017 et sur le diagnostic susmentionné, le délai de nonante jours de l'art. 101 LPA-VD était déjà largement échu.

Par conséquent, la demande du 25 avril 2019 de révision procédurale de l'arrêt de la Cour de céans du 22 août 2012 est tardive, de sorte qu'elle est irrecevable. Compte tenu de ce constat, il n'y a pas lieu de déterminer si le recourant a effectivement invoqué, dans sa demande du 25 avril 2019, un motif de révision de l'arrêt précité, et s'il l'a prouvé, dans la mesure où cela n'aurait pas d'influence sur l'irrecevabilité de dite demande pour tardiveté. Les arguments de l'intéressé sur ces points (cf. consid. 5a/i *supra*) n'ont dès lors pas à être analysés.

**b/i)** Reste encore à statuer sur le recours du 22 mai 2017. Par cet acte, l'intéressé a recouru à l'encontre de la décision sur opposition du 6 avril 2017 déclarant sa demande du 19 février 2016 irrecevable, en prenant des conclusions au fond sollicitant l'octroi de prestations, en particulier depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2005. Ces conclusions pourraient cependant être irrecevables. En effet, l'objet du litige est circonscrit à la recevabilité de la demande déposée auprès de l'intimée et la Cour de céans ne saurait statuer dans le cadre du recours sur le droit aux prestations du recourant. Il appartenait ainsi à ce dernier de conclure à la recevabilité de dite demande et au renvoi de la cause à l'intimée pour qu'elle statue au fond. Dans la mesure où son recours doit de toute manière être rejeté s'agissant de la recevabilité de sa demande du 19 février 2016, la question de la

recevabilité des conclusions prises dans son recours peut être laissée ouverte.

**ii)** Tout au long de la procédure, l'intéressé a fondé sa demande du 19 février 2016 sur l'art. 17 LPGA, qui concerne la modification de prestations. Dans sa réplique du 2 octobre 2017, il a également invoqué l'art. 11 OLAA portant sur les rechutes et séquelles tardives.

Toutefois, tant l'art. 17 LPGA que l'art. 11 OLAA trouveraient application en cas de vrais *novas*, soit lorsque des faits survenus postérieurement à l'arrêt de la Cour de céans du 22 août 2012 justifieraient l'octroi ultérieur de prestations (cf. consid. 3b *supra*). Or, en l'espèce, l'intéressé invoque uniquement de faux *novas*, soit des faits antérieurs à l'arrêt susmentionnés mais découverts ultérieurement. Son but est en effet de faire reconnaître que ses troubles sont en lien avec une maladie de Lyme active, découlant de piqûres de tiques survenues entre 2003 et 2005, en particulier avec une piqûre en 2005. Tous les documents produits par l'intéressé en procédure de recours, que ce soit les résultats de divers examens ou le rapport du 27 mars 2019 de la Dre J.\_\_\_\_\_, ont pour finalité de démontrer le caractère actif de la maladie de Lyme, et ce depuis 2005, ce qui n'avait effectivement pas été retenu dans l'arrêt de la Cour de céans du 22 août 2012. La Dre J.\_\_\_\_\_ a en outre précisé que l'infection était chronique et que l'infection primaire remontait à plus de dix ans, un traitement chronique ayant ainsi été entrepris (cf. rapport du 27 mars 2019). Force est de constater que si le recourant invoque des documents postérieurs à l'arrêt de la Cour de céans du 22 août 2012, ceux-ci n'ont pas pour but de démontrer une modification de l'état de santé de l'intéressé postérieure à cet arrêt (vrais *novas*), mais d'amener des éléments censés permettre de revoir l'état de santé tel que retenu dans ledit arrêt, soit portant également sur la période antérieure (faux *novas*).

La conclusion principale formulée par l'intéressé dans son recours du 22 mai 2017 à l'encontre de la décision sur opposition litigieuse

entre d'ailleurs dans le cadre de ce qui précède. Il a en fait sollicité l'octroi de prestations dès le 1<sup>er</sup> juillet 2005. Cette conclusion porte ainsi sur une période antérieure à l'arrêt du 22 août 2012 et implique donc de revoir le dispositif de cet arrêt, ce qui ne peut pas être effectué par l'application des art. 17 LPGA ou 11 OLAA, mais par le biais d'une révision procédurale.

Partant, l'intéressé ne faisant valoir que de faux novas, à l'exception de tout vrai nova, et cherchant à faire modifier l'arrêt du 22 août 2012, il ne pouvait agir par la voie d'une demande de prestations fondée sur l'art. 17 LPGA ou l'art. 11 OLAA, de sorte que sa demande du 19 février 2016 était effectivement irrecevable au regard de ces deux articles.

**iii)** Au surplus, cette demande ne pouvait pas non plus être traitée par l'intimée en tant que révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Si une telle demande doit effectivement reposer sur de faux novas comme en l'espèce, elle est cependant possible uniquement lorsque la décision entrée en force devant être révisée a été rendue par l'assureur-accidents. Or, en l'espèce, la décision finale entrée en force et refusant l'octroi de prestations au recourant pour les suites de piqûres de tiques n'est pas la décision sur opposition de l'intimée du 23 mars 2011, mais l'arrêt de la Cour de céans du 22 août 2012. Seule une demande de révision procédurale devant ladite Cour en application de l'art. 61 let. i LPGA était possible (cf. consid. 3a/v *supra*). Le recourant s'est donc mépris en adressant la demande du 19 février 2016 à l'assureur-accidents. C'est précisément à cette conclusion qu'est arrivée l'intimée dans la décision sur opposition litigieuse. Ensuite de la lettre de la Présidente de la Cour de céans du 11 avril 2017, le recourant a cependant persisté en choisissant la voie du recours. Comme vu précédemment, ce n'est que tardivement qu'il a déposé une demande de révision procédurale devant la Cour de céans (cf. consid. 5a *supra*).

Compte tenu de ce qui précède, la demande du 19 février 2016 déposée auprès de l'intimée en tant que demande de révision procédurale fondée sur l'art. 53 al. 1 LPGA était donc irrecevable.

**iv)** Dans son argumentation, le recourant émet de nombreux griefs quant à la non reconnaissance de son droit aux prestations dans la décision sur opposition du 23 mars 2011 et dans l'arrêt du 22 août 2012. Pour les mêmes raisons que ci-dessus (cf. consid. 5b/iii *supra*), sa demande du 19 février 2016 ne pouvait pas non plus être considérée comme une demande de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. Cette voie est ouverte uniquement lorsque la décision finale contestée a été rendue par l'administration (cf. consid. 3c *supra*), mais non lorsqu'elle a été rendue par un Tribunal cantonal, telle qu'en l'espèce l'arrêt du 22 août 2012 de la Cour de céans. Partant, au regard de l'art. 53 al. 2 LPGA également, la demande du 19 février 2016 était irrecevable.

**v)** Enfin, l'intéressé reproche à l'intimée d'avoir agi contrairement à la bonne foi en demandant des renseignements complémentaires par courrier du 3 octobre 2016 pour ensuite le renvoyer à agir selon la procédure de révision procédurale de l'art. 61 let. i LPGA.

Ce grief doit cependant être rejeté d'emblée au motif que l'intéressé ne saurait en tirer aucun droit. En effet, au vu des éléments invoqués par celui-ci, l'intimée était incompétente pour en traiter et, partant, pour lui octroyer des prestations. Le recourant ne saurait dès lors pallier cette incompétence en invoquant le principe de la bonne foi.

**vi)** Au vu de ce qui précède, l'intimée était effectivement incompétente pour statuer sur la demande de l'intéressé du 19 février 2016, de sorte que c'est à juste titre qu'elle l'a déclarée irrecevable par la décision sur opposition litigieuse. Cette dernière doit ainsi être confirmée et le recours rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.

**6.** Le recourant a requis, au titre de mesures d'instructions, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire et l'audition de la Dre J. \_\_\_\_\_ (cf. recours du 22 mai 2017 et réplique du 2 octobre 2017). Il convient de rejeter ces requêtes dès lors que les mesures sollicitées portent sur le fond du litige, que les moyens de preuves qui en

découleraient ne pourraient avoir une quelconque influence sur l'irrecevabilité de la demande de prestations du 19 février 2016 - et partant sur le rejet du recours du 22 mai 2017 - et sur l'irrecevabilité de la demande de révision procédurale du 25 avril 2019, et que les pièces au dossier permettent de statuer en connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b).

**7. a)** En définitive, manifestement mal fondé, le recours doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité et la décision sur opposition litigieuse confirmée. En outre, la demande de révision procédurale, en raison de sa tardiveté, doit être déclarée irrecevable.

**b)** Par son recours du 22 mai 2017, l'intéressé a requis l'octroi de l'assistance judiciaire, en indiquant que les informations détaillées seraient transmises par pli séparé.

Dans la procédure de recours contre une décision d'un assureur social, conformément aux art. 56 ss LPGA, le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti et lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant (art. 61 let. f LPGA).

L'assistance judiciaire est octroyée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD).

En l'occurrence, il apparaît que les moyens du recourant relevaient clairement d'une demande de révision procédurale devant être déposée devant la Cour de céans, et non d'une demande adressée à l'intimée. Partant, le recours contenant la requête d'octroi de l'assistance judiciaire était d'emblée manifestement mal fondé, de sorte que dite requête doit être rejetée. Au surplus, il est précisé que contrairement à ce

qu'il avait annoncé, l'intéressé n'a jamais transmis les documents permettant d'établir son indigence, de sorte qu'il échoue à en apporter la preuve et que sa requête doit également être rejetée pour ce motif.

**c)** 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, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.
- II.** La décision sur opposition rendue le 6 avril 2017 par R.\_\_\_\_\_ SA est confirmée.
- III.** La demande de révision est irrecevable
- IV.** La requête d'assistance judiciaire est rejetée.
- V.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Guy Longchamp (pour le recourant),
- Zurich Compagnie d'Assurances SA,

- 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 :