

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 juillet 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
MM. Piguet, juge, et Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante,

et

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
intimée.

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

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) a travaillé depuis le 1^{er} août 2010 en qualité d'employée d'administration pour l'Association B._____. A ce dernier titre, elle était assurée contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 26 août 2017, A._____ s'est fait mordre par une tique alors qu'elle se promenait en forêt.

L'assurée s'est retrouvée en incapacité de travail à 50 % du 14 février au 19 mars 2018, puis à 100 % du 20 au 27 mars 2018 et à 50 % du 28 mars au 13 avril 2018 (certificats médicaux du Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale, des 20 mars et 4 avril 2018).

Dans un rapport à la CNA le 17 avril 2018, le Dr M._____ a exposé ce qui suit :

« **1. Premiers soins :** Le 13.02.2018

2. Indications du patient : Myalgies diffuses, fatigabilité, malaise vagal apparu dès février. A eu une piqûre de tique le 26.08.2017.

3. Etat général : Existe-t-il des circonstances particulières pour influencer de manière défavorable le processus de guérison ? Non.

4. Constatation objective : Status général dans les normes. Mise en évidence d'une sérologie de Lyme positive en faveur d'une infection aiguë. Sérologie contrôlée négative le 30.04.2012. Diagnostic de maladie de Lyme de stade II.

5. Diagnostic : maladie de Lyme stade II.

6. Suite d'accident, les constatations mentionnées au chiffre 4 concordent-elles avec l'événement invoqué par le patient sont-elles plausibles ? Oui.

7. Traitement : Doxycycline 2x 100 mg pendant 3 semaines avec Perenterol et Gyno-Pevaryl en prévention d'une mycose vaginale post-antibiotique.

[...]

9. Traitement terminé : En principe reprise du travail à 100 % le 14.04.2018. Des contrôles évolutifs de sérologie seront effectués ultérieurement. »

Le 20 avril 2018, le Dr M. _____ a transmis à la CNA deux sérologies, la première, effectuée le 30 mai 2012 et intitulée « *MALADIE DE LYME* », avec un résultat entièrement négatif et la deuxième, réalisée le 21 février 2018, qui ne mettait en évidence que des immunoglobulines M (IgM) positifs, les immunoglobulines de type G (IgG) étant négatifs.

Le cas a été soumis à la Division médecine du travail de la CNA. Dans un rapport du 23 avril 2018, le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine du travail, a livré l'appréciation suivante :

« [...]

1. Les symptômes présentés par l'assurée sont non spécifiques et ne correspondent pas aux critères diagnostiques d'une borréliose de Lyme selon les recommandations de la Société Suisse d'Infectiologie.
2. Les résultats de la sérologie de Lyme du 21 février 2018 ne permettent pas de confirmer l'existence d'une maladie de Lyme. En effet, cette sérologie a une faible valeur prédictive positive et l'absence d'IgG 6 mois après la morsure de tique parle contre une séroconversion. Selon toute probabilité, il s'agit d'une réaction non spécifique.

Par conséquent, je considère qu'une maladie de Lyme n'est pas démontrée. »

Par décision du 30 avril 2018, la CNA a refusé de prendre en charge les suites de l'événement du 25 août 2017.

Selon le rapport établi le 19 mai 2018 par le Dr M. _____ à l'attention de la CNA, l'assurée s'est retrouvée en incapacité de travail à 50 % du 23 avril au 2 mai 2018, puis à 25 % du 3 au 5 mai 2018. A la date de son rapport, il attestait d'une pleine capacité de travail.

Par acte du 29 mai 2018 et par l'intermédiaire d' [...], A. _____ a fait opposition à la décision du 12 juillet 2018, se prévalant de la sérologie positive aux IgM du 21 février 2018 et de l'absence de motivation de la décision.

Dans un rapport daté du 4 juin 2018, le Dr C._____ a exposé ce qui suit :

« Cette opposition n'amène aucun élément nouveau susceptible de remettre en question ma prise de position du 23.04.2018. Je me permets toutefois à nouveau de préciser les éléments suivants :

- 1) La recherche d'anticorps IgM ou IgG spécifiques présente une très faible sensibilité, entre 40-60% des tests de dépistage. La présence de ces immunoglobulines ne permet en aucun cas de confirmer une borréliose active. Dans le cas présent, une réaction non spécifique est très vraisemblable, comme évoqué du reste par le laboratoire. En effet, une infection récente est exclue par la durée entre la morsure de tique et l'apparition des plaintes. Enfin, l'absence d'immunoglobulines IgG qui témoignent normalement d'une séroconversion conforte cette conclusion.
- 2) Les symptômes dont se plaint l'assurée ne correspondent à aucun tableau clinique connu d'une maladie de Lyme de stade II. Ces symptômes pourraient éventuellement se rencontrer au tout début d'une infection, d'une durée de quelques jours à quelques semaines, mais certainement pas 5-6 mois plus tard.

Par conséquent, c'est à juste titre que j'ai considéré qu'une maladie de Lyme n'était pas démontrée. »

L'assurée a maintenu son opposition le 26 juin 2018, arguant que l'instruction devait être complétée du fait que des IgM positifs ne permettaient pas d'écarter une maladie de Lyme.

Le Dr C._____ a confirmé ses précédentes appréciations médicales par avis du 12 juillet 2018 comme il suit :

« Je vais donc encore une fois résumer la situation :

1. En l'absence de tableau clinique caractéristique et reconnu (voir les critères diagnostiques de la borréliose de Lyme établis par la Société suisse d'infectiologie), la sérologie ne permet pas de poser un diagnostic de maladie de Lyme ni du reste de déterminer si la maladie est active ou non. Elle est utile que pour étayer un diagnostic clinique.
2. Dans le cas de Mme A._____, cette « fixation » sur les résultats des anticorps n'a aucun sens et l'interprétation qui en est faite par l'assurée et son assurance protection juridique ne repose pas sur une base scientifique établie. A ce sujet, Je me permets de joindre deux références relativement récentes, soit :
 - a) Quelle est l'utilité de la sérologie de Lyme ? (Rev Med Suisse 2015; volume 11. 1830-1834 R. Lienhard)

- b) To test or not to test? Laboratory support for the diagnosis of Lyme borreliosis: a position paper of ESGBOR, the ESCMID study group for Lyme borreliosis (Clinical Microbiology and Infection 24 (2018) 118-124)

Je maintiens donc ma position sans changement [...] »

Par décision sur opposition du 12 juillet 2018, la CNA a confirmé la décision du 30 avril 2018, reprenant l'argumentation de la Division médecine du travail.

B. Par acte du 11 septembre 2018, A. _____ a déféré la décision sur opposition rendue le 12 juillet 2018 par la CNA devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à son annulation dans le sens de l'octroi des prestations de l'assurance-accidents. Elle a contesté l'appréciation de la Division médecine du travail de la CNA, indiquant que son médecin traitant avait posé le diagnostic de la maladie de Lyme dans son rapport du 5 mai 2018 en se référant aussi à la sérologie du 21 février 2018. La recourante a indiqué avoir déjà bénéficié d'un traitement par antibiotiques pour une maladie de Lyme en 2010, cas pris en charge par son assurance accident à l'époque, et d'un suivi sérologique entre 2010 et 2012 montrant une diminution de la maladie et un test totalement négatif le 30 mai 2012. Selon elle, les résultats d'analyses positifs en 2018 prouveraient qu'elle était à nouveau infectée par la bactérie. Elle a indiqué subir environ dix morsures de tique par année et avoir mentionné la date du 26 août 2017 dans la déclaration d'accident adressée à la CNA en raison d'un SMS envoyé à cette date pour avertir des connaissances qu'elle s'était faite piquer. La recourante a précisé que les symptômes décrits par son médecin traitant avaient nettement diminué à ce jour après un long traitement par antibiotiques et par plantes médicinales.

Par réponse du 10 octobre 2018, la CNA a conclu au rejet. Elle a considéré qu'en l'absence de tableau clinique caractéristique et reconnu, la sérologie ne permettait pas de poser un diagnostic de maladie de Lyme, respectivement que les symptômes rencontrés pourraient éventuellement se rencontrer au tout début d'une infection, d'une durée

de quelques jours à quelques semaines, mais certainement pas cinq ou six mois plus tard. En particulier, la recourante n'aurait pas été sujette à un érythème migrant, à un lymphocytome bénin, à une acrodermatite chronique atrophiante, à une arthrite, à une cardite ou encore à une neuroborréliose précoce ou tardive. La CNA a en outre produit une publication scientifique relative au diagnostic de la borréliose de Lyme (EVISON J. et alii., Borréliose de Lyme - 1^{ère} partie : Epidémiologie et diagnostic, Revue médicale suisse, 2006, vol. 2, n° 60, pp. 919-24).

Par réplique du 5 novembre 2018, la recourante a précisé avoir consulté son médecin traitant vers le milieu du mois d'octobre 2017. Une carence en vitamine B12 avait été diagnostiquée et une cure de six mois mise en place. L'état de santé s'étant dégradé, des tests plus poussés avaient alors mis en évidence une maladie de Lyme. Elle a encore indiqué que l'assureur-accident de son précédent employeur avait pris en charge les suites de la première infection en 2010.

Par courrier du 6 décembre 2018, la CNA a indiqué qu'elle renonçait à dupliquer, renvoyant à sa décision sur opposition et à sa réponse.

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) 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.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents.

3. Les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, sont applicables au cas d'espèce, vu la date de l'évènement litigieux (cf. al. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

L'atteinte à la santé qui découle d'une morsure de tique est un accident car, selon la jurisprudence, il ne s'agit pas d'un événement pouvant objectivement être qualifié de quotidien ou d'habituel ; en outre la plupart des tiques ne véhiculent aucune maladie (ATF 122 V 230 consid. 5).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'évènement 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 les références citées). 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 les références citées).

c) 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. 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 ; 8C_50/2013

du 4 avril 2013 consid. 3.2.1 ; EVISON J. et alii. Borréliose de Lyme - 3^{ème} partie : Prévention, grossesse, états d'immunodéficience, syndrome post-borréliose de Lyme in : Revue médicale suisse, 2006, vol. 2, n° 60, pp. 935-940) :

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.

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la

jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la

situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA), selon lequel les faits déterminants pour la solution du litige doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin avec la collaboration des parties. Il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 61 let. c LPGA). En principe, l'assuré ne supporte ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves (TF 9C_91/2017 du 8 septembre 2017 consid. 3.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_398/2018 du 5 décembre 2018 consid. 3.1 ; 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1 ; 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (TF 9C_91/2017 du 8 septembre 2017 consid. 3.1).

5. a) Dans son rapport du 17 avril 2018, le Dr M._____ a posé le diagnostic de « *maladie de Lyme stade II* ». Son rapport n'est pourtant guère détaillé sur les symptômes hormis la sérologie du 21 février 2018 qui révèle des IgM positifs.

Le médecin traitant ne décrit en particulier pas de lymphocytome bénin précédé d'un érythème migrant, qui peut apparaître jusqu'à dix mois après une piqûre de tique et qui constitue un des symptômes de la maladie de Lyme de stade II (Evison J. et al. Borréliose de

Lyme - 2ème partie : Clinique et traitement in : Revue médicale suisse, 2006, vol. 2, n° 60, pp. 925-934). Cela ne signifie toutefois pas qu'un tel érythème ne soit pas apparu ou n'ait pas été identifié au vu du diagnostic posé et de l'extrême concision du rapport en question. De plus, compte tenu d'éventuels faux positifs ou négatifs, la sérologie n'est pas à elle seule déterminante (EVISON J. et alii., Borréliose de Lyme - 1ère partie : Epidémiologie et diagnostic, Revue médicale suisse, 2006, vol. 2, n° 60, pp. 919-24 ; LIENHARD R., Quelle est l'utilité de la sérologie de Lyme ?, Revue médicale suisse, vol. 11, n° 489, pp. 1830-1834). En présence de cette contradiction et l'absence de précision portant sur un fait déterminant pour la solution du litige, la CNA devait interpellier le médecin traitant pour qu'il précise et motive son rapport. Cette mesure n'aurait pas engendré de difficulté particulière ni compliqué à l'excès l'instruction, et aurait permis d'éclairer la situation médicale.

Quant aux rapports médicaux du Dr C. _____ des 23 avril, 4 juin et 12 juillet 2018, ils sont également insuffisants. Le médecin d'arrondissement s'est essentiellement cantonné à la question sérologique. Il n'a pas tenu compte des symptômes décrits par l'assurée, ni explicité en quoi le tableau clinique ne correspondrait pas à d'éventuelles conséquences d'une morsure de tique. En l'absence d'une description circonstanciée et complète des faits médicaux pertinents, les rapports des 23 avril, 4 juin et 12 juillet 2018 du médecin d'arrondissement ne bénéficient ainsi pas d'une valeur probante suffisante.

b) On peut encore se demander si la question d'un éventuel syndrome post-borréliose de Lyme ne devrait pas être investiguée.

En l'espèce, il est apparu au cours de la procédure que la recourante avait vraisemblablement déjà subi une maladie de Lyme à la suite d'une morsure de tique (cf. sérologie du 30 mai 2012, intitulée « *MALADIE DE LYME* »). A cet égard, la Division médecine du travail n'a pas interpellé le médecin-traitant sur les raisons de cette première sérologie, considérant même qu'elle avait été effectuée « *pour une raison*

inconnue » (cf. rapport du 23 avril 2018). La recourante a pour sa part indiqué que la sérologie du 30 mai 2012 avait été effectuée dans le cadre d'un suivi consécutif à une maladie de Lyme contractée en 2010.

Dans son rapport du 17 avril 2018, le Dr M._____ a indiqué que la recourante avait présenté des myalgies diffuses, une fatigabilité et un malaise vagal, affections apparues dès le mois de février 2018. En outre, des arrêts de travail ont été signés par ce médecin. Ces symptômes pourraient faire penser à un syndrome post-borréliose, soit une complication à long terme de la borréliose de Lyme, tel qu'envisagé par la littérature médicale et le Tribunal fédéral (TF 8C_72/2014 du 28 avril 2014 consid. 4.2.1 ; 8C_50/2013 du 4 avril 2013 consid. 3.2.1 ; EVISON J. et alii. Borréliose de Lyme - 3^{ème} partie : Prévention, grossesse, états d'immunodéficience, syndrome post-borréliose de Lyme in : Revue médicale suisse, 2006, vol. 2, n° 60, pp. 935-940). Or cette hypothèse n'a pas été envisagée par la Division médecine du travail, malgré que la recourante allègue avoir été atteinte d'une borréliose de Lyme durant l'année 2010. Compte tenu de la sérologie du 30 mai 2012, de la teneur du rapport du Dr M._____ du 17 avril 2018 et des déclarations de la recourante, dite borréliose pourrait être documentée sur le plan clinique, comme sur celui des examens de laboratoire, documentation médicale qui ne figure pourtant pas au dossier.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative. *A contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) Au vu de ce qui précède, la Cour ne peut que constater une instruction lacunaire qui ne lui permet pas de statuer en l'état du dossier. Il appartient en conséquence à l'assureur accident de compléter l'instruction conformément aux considérants qui précèdent.

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

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

La recourante a agi sans le concours d'un mandataire professionnel de sorte qu'elle n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 12 juillet 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents 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 présidente :

Le greffier :

Du

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

- A. _____ (recourante),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (intimée),
- 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 :