

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 août 2012

---

Présidence de        Mme    THALMANN  
Juges        :        M.    Bonard, assesseur, et M. Neu, juge  
Greffier        :        M.    d'Eggis

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Valeyres-sous-Ursins, recourant, représenté par Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

**X.** \_\_\_\_\_ **SA**, à Zurich, intimé.

---

**Art. 6 LAA; 4 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_, né le 23 juin 1963, travaille comme ingénieur au service de [...], qui l'a assuré contre les accidents auprès de X.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : Zurich Assurances).

Le 19 juillet 2007, l'employeur a transmis à l'assurance une déclaration dans laquelle il mentionne que l'assuré a subi un accident le 13 décembre 2005 en tombant dans les escaliers alors qu'il transportait du matériel avec chariot à roulettes. L'assuré a complété cette déclaration le 7 août 2007 en précisant que l'accident avait eu lieu le 13 décembre 2005 à environ 20 heures à l'hôpital cantonal de Genève. Il a en outre expliqué ce qui suit:

“Tout en portant du matériel de travail sur un chariot plaqué devant moi (poids env. 35 kg), j'ai mal jugé la première marche d'un escalier à monter et j'ai marché dans le vide. Voulant instinctivement me rattraper de ce faux pas, j'ai senti un déchirement du type “Velcro dans le fessier et je suis tombé sur le matériel que je transportais. (...) Ressenti un déchirement du type “Velcro” dans le fessier gauche. Zone douloureuse ensuite au niveau du sacrum avec une prédominance à gauche.”

Il a indiqué exercer de façon régulière cette activité dans le cadre de sa profession. Il a ajouté que les problèmes s'étaient manifestés de suite avec l'impression d'une forte courbature et d'un blocage au niveau du bassin. Ces symptômes ne passant pas, il a déclaré avoir alors consulté le Dr P.\_\_\_\_\_ le 23 décembre 2005, qui lui a prescrit des anti-inflammatoires. Dans une lettre du 29 octobre 2007, il a mentionné en outre être porteur de la borréliose.

Suite à une IRM lombaire du 4 avril 2006, le Dr [...], dans un rapport du 17 mai 2006, a conclu que l'IRM ne démontrait pas de discopathies significatives ni d'image de canal lombaire étroit.

Dans un rapport du 26 juin 2007, le Dr B.\_\_\_\_\_, après avoir effectué le même jour une IRM pelvienne et fessière, mentionne ce qui suit :

### **"Description**

Le muscle pyramidal droit est de dimension normale, assez grand, d'une épaisseur de 2,5 cm, normalement positionné.

Le muscle pyramidal gauche est très petit, difficile à voir distalement, d'une épaisseur de moins de 1 cm. L'image traduit d'une atrophie de ce muscle (post traumatique, autre ?) ou d'une hypoplasie congénitale éventuellement. Les 2 muscles pyramidaux gardent un signal normal sur toutes les séquences. On ne voit pas d'effet de masse ni de collection des parties molles. Pas d'évidence d'oedème osseux. Pas d'infiltration de la graisse pelvienne. Le nerf sciatique ne présente pas d'hyperintensité significative.

Les autres muscles du petit bassin et des hanches présentent une trophicité normale.

### **Conclusion**

Importante diminution de volume du muscle pyramidal gauche, suspect d'une atrophie ou éventuellement d'une hypoplasie congénitale.

Si cette atrophie évoquait un diagnostic particulier et que l'on pensait que l'injection i.v. de Gadolinium pourrait être utile, je resterais à disposition pour reprendre le patient sans nécessairement le refacturer en supplément."

Le Dr P.\_\_\_\_\_ a mentionné dans un rapport du 20 août 2007 que le traitement médical avait commencé le 23 décembre 2005 et a posé le diagnostic de lombalgies non déficitaires, Il a notamment indiqué que le patient avait entendu un craquement suite à un faux mouvement en portant quelque chose de lourd.

Dans un rapport adressé le 10 septembre 2007 au Dr H.\_\_\_\_\_, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin associé à l'hôpital orthopédique du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), a exposé ce qui suit :

" Je te remercie de nous avoir adressé ton patient susnommé chez lequel nous avons retenu les diagnostics suivants:

- > Syndrome de surcharge de la musculature fessière
- > Probable conflit fémoro-acétabulaire
- > Maladie de Lyme chronique à activité faible.

Je ne vais pas revenir sur les antécédents de ce patient que tu connais fort bien. Ce dernier attribue l'ensemble de ses problèmes à un faux mouvement dans la cage d'escaliers des hôpitaux

universitaires genevois. Cependant, les douleurs de la fesse gauche n'ont commencé que plusieurs mois plus tard et la relation de cause à effet n'est certainement pas prouvée. Il en est de même en ce qui concerne cette maladie de Lyme qui n'a vraisemblablement aucun rapport avec les douleurs fessières.

Localement, on constate une contracture douloureuse de la musculature des rotateurs externes de la hanche gauche. La mobilité de la hanche est complète et symétrique. Cependant, la manoeuvre de flexion/rotation interne provoque une douleur dans le pli inguinal à gauche mais pas à droite. Au niveau des pieds, on constate un hallux valgus débutant et un pied plat pronateur.

L'examen de la marche effectué pieds nus puis avec chaussures met en évidence une asymétrie entre le membre inférieur gauche et le droit. A droite, la démarche se fait en légère rotation externe. La rotule reste stable. Du côté gauche par contre, la pointe du pied se situe en rotation interne, le genou bascule en rotation interne pendant la phase d'appui. En phase de propulsion, il existe une accentuation de la rotation interne du genou alors que la cheville et le pied partent en hyper supination.

Il est reconnu que ces troubles biomécaniques constatés provoquent au niveau de la hanche une hyperactivité de la musculature des rotateurs externes qui s'opposent à la rotation interne du genou. La répétition d'un tel mouvement provoque une surcharge progressive qui peut rester muette pendant de nombreuses années puis apparaître fortuitement.

La prise en charge sur le plan thérapeutique se situe en physiothérapie par des massages de décontraction de la musculature des rotateurs de la hanche, renforcement proprioceptif et surtout un contrôle du genou pendant la marche. Il est possible d'y ajouter une prescription pour des supports plantaires avec à la fois un soutien de l'arche interne pour compenser la pronation et une surélévation antéro-externe pour compenser l'hyper supination en phase de propulsion.

Nous sommes prêts à revoir R. \_\_\_\_\_ dans notre consultation de podologie pour confection de supports plantaires."

En réponse à une lettre du 7 octobre 2007 de l'assuré, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et maladies infectieuses FMH, diplômé en médecine tropicale et santé publique, médecine des voyages, lui a écrit le 22 octobre 2007 ce qui suit :

"Vous m'avez effectivement consulté le 05.07.2005 pour un état de fatigue depuis 5 jours et des douleurs aux adducteurs. Vous m'avez mentionné des piqûres d'insectes sur le bras D et le mollet G sans

avoir vu l'animal (ou la plante ?) qui vous aurait piqué. Il n'y avait pas d'érythème visible et vous n'en avez pas signalé dans les jours qui ont suivi la consultation.

Je ne vous ai jamais dit que 100% des tiques porteurs de *Borrelia* donnaient des érythèmes migrants parce qu'on trouve effectivement des sérologies positives pour la *Borrelia* sans que les gens n'aient jamais noté ce genre de symptômes cutanés. Une sérologie positive signifie que vous avez eu contact avec la bactérie sans apporter nécessairement le diagnostic de la maladie. Cette notion est peut-être un peu trop complexe pour un non-médecin. Il se trouve que le consensus de la Société Suisse des maladies infectieuses propose de ne traiter préventivement que les piqûres de tiques suivies d'un érythème migrant. Si ce n'était pas le cas, on devrait traiter entre 20 et 30% de la population du plateau suisse, suivant la région. Dans la dernière édition du Swiss Medical Form de la FMH, dans une revue de la borréliose, il est bien stipulé que cette maladie, en Suisse, est surdiagnostiquée avec l'abus d'examens sérologiques, souvent faussement positifs en cas d'une clinique atypique. En d'autres termes, toute augmentation des anticorps contre *Borrelia* ne veut pas dire nécessairement que l'on est porteur de la maladie de Lyme, les sérologies positives étant beaucoup plus fréquentes que les maladies actives. Il y est aussi dit que le diagnostic de suspicion de maladie de Lyme se base sur la clinique, les tests sérologiques ne devant être effectués que pour confirmer ce diagnostic. Aussi, après une piqûre de tique, la sérologie est superflue.

Plus récemment, une revue en anglais d'un journal de référence (copie en annexe), parle de ce problème de maladie de Lyme chronique dont vous croyez être atteint. Les experts qui parlent de ce problème concluent que la maladie chronique de Lyme n'existe pas et cause beaucoup de tort aux patients par la tentation qu'elle présente aux médecins de prescrire des antibiotiques inutiles.

Dans votre cas, même s'il s'agissait effectivement de piqûres de tiques en 2005, il n'y avait pas de raison de vous traiter. Et de pratiquer une sérologie? Non plus, et ce, même si beaucoup de médecins le font, malheureusement, croyant ainsi aider leurs angoisses et celles de leurs patients. Les résultats de ces sérologies sont difficilement interprétables en l'absence de symptômes plus précis. La fatigue, comme facteur clinique, ne suffit pas évidemment. Par conséquent, je refuse votre accusation que votre fatigue prolongée, ainsi que votre souffrance en général soient dues à mon incompetence et à l'absence de traitement de cette borréliose que vous croyez porter.

Quand vous dites que j'ai fait toute une batterie d'analyses sanguines et de selles, je vous rappellerai que j'ai fait un minimum d'examens sanguins utiles et une seule recherche de parasites dans les selles puisque vous aviez fait un voyage au Japon et que certainement vous aviez consommé du sushi et d'autres aliments

potentiellement porteurs de maladies parasitaires. Tel n'était pas le cas et c'était tant mieux pour vous. Quand bien même vous auriez insisté pour que j'effectue un test sérologique pour la Borrelia, j'aurais refusé pour les arguments que je vous ai cités en dessus. Effectuer une sérologie dans ces conditions n'aurait pas été une sage précaution comme vous posez la question, mais aurait amené un trouble supplémentaire à votre histoire complexe.

Quant à votre problème rhumatologique nous en avons déjà discuté longuement. Vous avez consulté le Dr M. \_\_\_\_\_ qui vous a envoyé chez le Dr H. \_\_\_\_\_ et ces deux spécialistes n'ont rien révélé de pathologique mettant votre vie en danger ou susceptible d'aboutir à un traitement efficace. L'épisode de me déléguer la prescription d'une IRM malgré que le Dr H. \_\_\_\_\_ ne l'estimait pas nécessaire et que j'ai accepté de signer seulement sur votre insistance (j'aurais préféré que Dr H. \_\_\_\_\_ prenne ses responsabilités jusqu'au bout) a donné ce diagnostic d'atrophie pyramidale. Et alors ? Comme ont dit les spécialistes, effectivement si cette atrophie était irréversible et vous donne parfois des douleurs, il ne semble pas exister de traitement efficace reconnu. J'ai vu pas mal de personnes ayant souffert de poliomyélite avec de très graves séquelles et qui doivent bien s'y habituer aussi. Si ces remarques vous créent encore plus d'inquiétude, je m'en excuse, par avance."

Par courrier du 22 octobre 2007, le Dr P. \_\_\_\_\_ a affirmé avoir été consulté le 5 juillet 2005 pour un état de fatigue, l'assuré mentionnant des piqûres d'insectes.

Par courrier du 29 octobre 2007, l'assuré a informé l'assureur qu'il ne souffre pas seulement des séquelles de sa chute, mais était aussi porteur de borréliose.

Dans un avis adressé le 8 novembre 2007 au Dr H. \_\_\_\_\_, le Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin associé au Service d'Anesthésiologie, consultation d'antalgie du CHUV, a exposé :

"J'ai vu à notre consultation d'antalgie votre patient, R. \_\_\_\_\_ :

**Diagnostic :**

- Borréliose clinique avec un titre sanguin semble-t-il important évoluant probablement depuis 2005
- Etat dépressif marqué
- Douleurs dans le fessier G dans le cadre probable d'une atteinte pyramidale

**Proposition :**

J'ai fortement l'impression que l'état dépressif et l'inquiétude du patient vis à vis de cette borréliose aggrave considérablement les douleurs ressenties dans le fessier G.

Dans ces conditions, et j'en ai parlé au patient, la prise d'un anti-dépresseur de type Doxépine, Sinquane à doses croissantes, 10 puis 25mg, ou de Saroten à 25 mg peut lui être utile.

Je me permettrai de revoir ce patient en janvier pour évaluation des douleurs fessières G, trois mois et demi après le port de semelles compensées. Si les douleurs persistent et gênent considérablement le patient, on pourra imaginer une infiltration du muscle piriforme G."

Dans un certificat médical du 11 décembre 2007, le Dr F.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de radiculalgie lombo-fessière gauche et de borréliose. Il a mentionné un épisode de fatigue aiguë le 5 juillet 2007 et une piqûre probablement de tique, puis le développement de douleurs neurologiques à la fesse gauche, empirant malgré un traitement en 2006. Il a ajouté qu'un traitement à la doxycycline avait commencé le 10 juillet 2007. Il a indiqué une incapacité de travail de 50 % du 16 juillet au 19 août 2007. La Zurich Assurances a pris en charge cette incapacité de travail.

Une échographie des deux fesses a été effectuée le 13 février 2008 par le Dr G.\_\_\_\_\_ qui mentionne dans son rapport du 14 février 2008 notamment ce qui suit :

"Fesse gauche: le muscle grand fessier et le muscle moyen fessier sont d'épaisseur normale et présentent une organisation myofibrillaire normale.

Dans le plan profond, nous constatons effectivement que le muscle piriforme gauche présente une atrophie globale. L'atrophie est relativement harmonieuse. Le grand nerf sciatique est bien individualisable mais le périmètre du grand nerf sciatique est plus épais que du côté droit.

On note également une atrophie du jumeau supérieur qui présente une fibrose.

Cette atrophie fibrotique est retrouvée au niveau de la fesse droite, pratiquement symétrique.

A gauche, on met en évidence, dans le plan sous-jacent, une certaine hypotrophie du muscle obturateur interne et jumeau inférieur. Cette hypotrophie est harmonieuse, sans fibrose.

Par contre, le muscle carré fémoral est symétrique des deux côtés.

**Conclusion :**

Hypotrophie confirmée du muscle pyramidal gauche. Hypotrophie d'accompagnement du jumeau supérieur qui est fibrosé. Cette fibrose est également observée à la fesse droite. Par contre, il existe une hypotrophie harmonieuse unilatérale gauche du muscle obturateur interne et du jumeau inférieur. Le grand nerf sciatique gauche se distingue par un périmètre épaissi par rapport au côté droit."

Dans un rapport médical du 25 juin 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de maladie de Lyme et indiqué un accident antérieur avec lésion du muscle pyramidal gauche. Il n'a pas mentionné d'incapacité de travail.

Le 29 septembre 2008, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin conseil de X.\_\_\_\_\_ SA, a estimé qu'une expertise n'était pas nécessaire parce qu'aucun signe de traumatisme n'avait pu être décelé une atrophie musculaire n'étant pas la conséquence d'un traumatisme ni un muscle fibrosé, ceci d'autant plus qu'il s'agissait d'une atteinte bilatérale. Le 18 décembre 2008, il a confirmé qu'aucune influence de l'accident n'avait été détectée.

Le 17 novembre 2008, le Dr H.\_\_\_\_\_ a écrit à l'assuré que la revue rapide de l'ensemble de son dossier montrait que la situation était obscure avec des avis contradictoires concernant l'origine traumatique ou maladie de son problème et qu'il lui paraissait indispensable pour éclaircir le cas d'avoir une expertise universitaire de type pluridisciplinaire.

Dans son rapport d'expertise établi le 19 juin 2009, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, ancien chef de clinique et médecin adjoint au CHUV, a procédé à une anamnèse complète, décrit le déroulement de l'accident du 13 décembre 2005, examiné le parcours médical de l'assuré, décrit les déclarations ou plaintes de l'assuré, exposé les constatations objectives relatives à l'examen neurologique et aux examens radiologiques. Enfin, l'expert a exposé notamment comme il suit :

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

R.\_\_\_\_\_ est un homme âgé actuellement de 46 ans, père de trois enfants, travaillant comme ingénieur de service pour [...] à plein temps au moment des faits faisant l'objet de la présente appréciation et à nouveau depuis janvier 2009 après une période d'incapacité de travail totale puis partielle courant 2007-2008.

R.\_\_\_\_\_ se décrit comme en bonne santé habituelle jusqu'ici. Il mentionne plusieurs piqûres de tique de 2003 à 2005, toutefois sans manifestations cutanées, générales (fièvre; adénopathie; etc.), rhumatologiques et cardiologiques. Par contre, depuis 2005, R.\_\_\_\_\_ signale une fatigue majeure et il rapporte également un épisode de troubles sensitifs hémicorporels gauches.

R.\_\_\_\_\_ a donc été victime le 13.12.2005 d'un incident dans les escaliers dans les bâtiments des HUG. Portant son matériel sur un chariot, le tout d'un poids d'environ 40 kilos devant lui, R.\_\_\_\_\_ a trébuché, a tenté de se rétablir par un mouvement de rotation du tronc puis s'est affalé sur son chariot, ressentant un craquement dans la fesse gauche.

Dans les suites de cet événement, R.\_\_\_\_\_ a développé une symptomatologie comportant tout d'abord des douleurs lombaires, puis des douleurs fessières avec irradiations dans le membre inférieur gauche, des troubles sensitifs au niveau du membre inférieur gauche sous forme d'un endormissement du pied surtout et d'une sensation de faiblesse du membre inférieur gauche. Depuis peu, une symptomatologie identique a débuté à droite.

En raison des troubles susmentionnés, R.\_\_\_\_\_ a consulté toute une série de médecins dont son médecin-traitant le Dr P.\_\_\_\_\_ et plusieurs rhumatologues dont les Docteurs M.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_.

A la demande du patient et des différents médecins-traitants, un bilan radiologique extensif comportant IRM lombaires et du bassin ainsi que plusieurs US fessières a été pratiqué.

Globalement, les examens radiologiques lombaires n'ont pas démontré de lésions post-traumatiques ou malades/malformatives. Les US fessières et les IRM pelvo-fessières ont révélé une importante diminution du volume du muscle pyramidal gauche posant le diagnostic différentiel entre une atrophie et une hypoplasie congénitale. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a constaté en outre une hypotrophie harmonieuse unilatérale gauche du muscle obturateur interne et du jumeau inférieur. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a estimé que le grand nerf sciatique gauche se distinguait par un périnèvre épaissi par rapport au côté droit. Il faut néanmoins noter que le Dr G.\_\_\_\_\_ a observé une atrophie fibrotique également au niveau de la fesse droite pratiquement

symétrique. Ces éléments ont été partiellement retrouvés lors des IRM de contrôle du bassin, le Dr C. \_\_\_\_\_ concluant quant à lui à une hypotrophie du muscle pyriforme gauche sans évolution d'origine vraisemblablement congénitale. Il ne rapporte pas dans son rapport du 23.4.2008 d'autres anomalies au niveau fessier. Dans son examen de contrôle du 23.3.2009, le Dr G. \_\_\_\_\_ conclura à un status inchangé avec par contre une certaine hypertrophie des moyen et grand fessiers ddc peut-être un peu plus marquée à gauche qu'à droite.

De nombreux traitements ont été tentés comportant AINS, antalgiques, myorelaxants, ostéopathie, chiropraxie, stimulation par Compex, exercices personnels, physiothérapie et ergothérapie intensive dans le cadre de l'unité rachis, acupuncture, anti-dépresseurs, psychothérapie, magnétisation, TSP et méthode Feldenkrais.

Pour ce qui est de la suspicion de la maladie de Lyme, le Dr F. \_\_\_\_\_ a donc procédé à plusieurs sérologies qui ont révélé un contact avec la maladie de Lyme. Il faut néanmoins relever que les taux sont restés constants et que si les IgG étaient positifs, témoignant d'un contact avec l'agent infectieux, les IgM sont restées négatives ce qui ne permet pas de parler d'une infection récente ni d'autoriser une appréciation de l'évolution des taux.

Pour ce problème, le patient a donc bénéficié d'un traitement de Doxycycline 200 mg pendant 28 jours, apparemment sans grand effet sur sa fatigue et sur les taux sériques.

Actuellement, R. \_\_\_\_\_ se plaint donc, sans changement bien significatif, d'une fatigue. Persistent des douleurs fessières gauches alors que les douleurs lombaires sont devenues rares. Il n'y a plus d'irradiations douloureuses dans le membre inférieur gauche. Par contre, persistent également un endormissement occasionnel du pied gauche, un manque de force du membre inférieur gauche et le patient signale des spasmes fessiers bilatéraux à prédominance gauche pouvant intéresser également d'autres groupes musculaires et l'apparition de douleurs fessières, quoique moindres qu'à gauche, dans la fesse droite.

Enfin, R. \_\_\_\_\_ mentionne une perte de coloration et une dépapillation avec altération secondaire du goût au niveau de l'hémilangue gauche.

En résumé, l'examen neurologique pratiqué dans le cadre de la présente expertise ne révèle pas d'anomalie significative au niveau du rachis cervico-dorso-lombaire avec tout particulièrement une bonne préservation de la mobilité et l'absence de contracture significative ou d'atrophie significative des muscles paravertébraux. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées, sans anomalie majeure de la marche spontanée, de la station sur la pointe des pieds et sur les talons et

du sautillerment. L'examen des paires crâniennes révèle une hypoesthésie faciale moyenne et inférieure gauche sans asymétrie des réflexes cornéens et une décoloration/décapillation localisée d'une partie de l'hémilangue gauche. L'examen des membres supérieurs et du tronc est entièrement normal avec notamment l'absence d'activité musculaire anormale. Au niveau des membres inférieurs, les points de Valleix fessiers gauches paraissent un peu sensibles alors que l'on n'observe pas d'atrophie ou de contracture de la musculature fessière, notamment à la palpation du muscle pyramidal gauche. L'examen des membres inférieurs ne révèle pas d'atrophie musculaire, de faiblesse de la musculature fessière et des deux membres inférieurs, Il n'y a pas d'activité musculaire anormale également ni d'altération des réflexes tendineux. Le patient signale par contre une hypoesthésie tactile et douloureuse intéressant la face externe de la cuisse, la face interne et externe de la jambe et la plante du pied, à gauche. La palpation en profondeur de la fesse gauche paraît déclencher des piquées.

Sur le plan général, sujet en bon état.

L'examen clinique a été complété par un EMG du membre inférieur gauche qui s'avère superposable à celui pratiqué par le Prof. [...], ne révélant pas de signes d'atteinte neurogène périphérique et/ou myogène significatifs dans l'ensemble des muscles examinés comportant la musculature paravertébrale lombaire gauche, les muscles moyen et grand fessiers gauches ainsi que plusieurs groupes musculaires du membre inférieur gauche.

J'ai repris les rapports radiologiques et revu les quelques documents radiologiques à disposition.

L'ensemble du bilan radiologique pratiqué au niveau lombaire est clairement sans anomalie intra rachidienne significative tant post-traumatique que malade ou malformative. Pour ce qui est du niveau pelvo-fessier, les différentes IRM et les différents bilans ultrasonographiques révèlent indubitablement une diminution du volume du muscle pyramidal gauche compatible avec une hypoplasie congénitale ou une atrophie. Le Dr G. \_\_\_\_\_ mentionne en plus une possible réaction fibrotique autour du nerf sciatique ainsi qu'un épaississement du périnèvre du grand nerf sciatique gauche par rapport au côté droit. Le Dr G. \_\_\_\_\_ mentionne néanmoins qu'on trouve également une certaine fibrose au niveau de la fesse droite et il mentionne enfin une hypotrophie harmonieuse unilatérale gauche du muscle obturateur et du jumeau inférieur. Le Dr [...], du service de radiologie du CHUV, considère quant à lui que la diminution du volume du pyramidal gauche correspond clairement à une hypogénésie congénitale et il ne mentionne pas à l'IRM pelvo-fessière les autres anomalies observées par le Dr G. \_\_\_\_\_ à l'échographie fessière.

Compte tenu des éléments susmentionnés, en ce qui concerne la symptomatologie mécanique et neurologique apparue dans les

suites de l'événement du 13.12.2005, nous relèverons les éléments suivants tout d'abord, l'événement « accidentel » du 13.12.2005 est clairement de la catégorie mineure, ayant comporté un trébuchement, un mouvement de rotation du tronc et un « affalement » sur le chariot, mais pas de chute, pas de choc fessier. L'événement du 13.12.2005 a été suivi initialement de quelques douleurs lombaires et d'une impression de tension à ce niveau sans symptomatologie au niveau du membre inférieur gauche et sans troubles sensitivo-moteurs dans l'immédiat. Ce n'est que plus tardivement que la symptomatologie va évoluer vers des douleurs fessières avec irradiations dans le membre inférieur gauche et des troubles sensitivo-moteurs associés. Les différentes IRM lombaires permettent d'écarter sans doute aucun une pathologie traumatique majeure (hernie discale traumatique ou autre) ainsi qu'une pathologie dégénérative ou malformative (notamment hernie discale) à l'origine de la symptomatologie et notamment des troubles sensitivo-moteurs rapportés ultérieurement par le patient. Si l'examen actuel met en évidence quelques troubles sensitifs au niveau du membre inférieur gauche, ces derniers n'ont pas une topographie radiculaire ni une topographie tronculaire (ils dépassent le territoire du tronc du nerf sciatique) et les deux ENMG pratiqués confirment l'absence d'atteinte significative tant à caractère radiculaire que tronculaire. Actuellement, les plaintes se sont déplacées de la région lombaire à la région fessière avec comme mentionné ci-dessus des troubles sensitivo-moteurs clairement atypiques et sans traduction aux examens électrophysiologiques. Les différents bilans radiologiques ont révélé essentiellement une diminution de volume du muscle pyramidal gauche dont certains ont pensé qu'elle était de nature post-traumatique et d'autre de nature congénitale. Le premier élément est clairement qu'une telle atrophie ne peut être en relation de causalité avec l'événement «accidentel» du 13.12.2005 étant donné son mécanisme qui n'a pas comporté de choc direct sur la fesse, d'étirement fessier ou d'autre élément traumatique suffisamment important pour être à l'origine d'un déchirement de la musculature fessière cause d'une atrophie. D'autre part, on ne voit pas comment un traumatisme fessier aurait pu se traduire uniquement par une atteinte du muscle pyramidal avec une diminution importante de son volume. On peut arguer que le bilan ultrasonographique pratiqué par le Dr G. \_\_\_\_\_ met également en évidence une perte de volume d'autres groupes musculaires. Il faut toutefois relever que les ultrasons sont moins précis que les IRM et que l'IRM du bassin et de la musculature fessière n'a pas confirmé les constatations ultrasonographiques. Je considère donc que les examens radiologiques ont démontré une diminution isolée du volume du muscle pyramidal. S'agissant de l'éventuel épaissement de l'épinèvre du nerf sciatique, ceci est un élément difficilement objectivable aux examens ultrasonographiques même si le Dr G. \_\_\_\_\_ est tenu pour être un excellent expert.

Compte tenu des éléments précités, je considère que l'origine la plus probable du manque de volume du muscle pyramidal est une

hypogénésie congénitale et non une atteinte post-traumatique, qu'il s'agisse de l'événement du 13.12.2005 ou d'un autre événement accidentel. Je répète à nouveau que le mécanisme de l'événement « accidentel » du 13.12.2005 n'était pas de nature à entraîner de toute façon une atteinte de la musculature fessière et tout particulièrement une atrophie du muscle pyramidal. Il n'y a donc pas de relation probable ou certaine entre l'événement «accidentel» du 13.12.2005 et le manque de volume du muscle pyramidal gauche. S'agissant du fameux syndrome du pyramidal, il s'agit là d'un diagnostic difficile à faire. Ce dernier ne s'associe pas à un manque de volume du muscle pyramidal, mais bien plutôt à une hypertrophie du muscle pyramidal s'accompagnant d'une contracture venant irriter le tronc du nerf sciatique et occasionnant des douleurs un peu mal systématisées et très occasionnellement une atteinte structurelle du tronc du nerf sciatique. Dans le cas présent, ce syndrome me paraît très peu probable et en tous les cas, pour les éléments rapportés plus haut, ne peut être mis en relation de causalité probable ou certaine avec l'événement du 13.12.2005.

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 R.\_\_\_\_\_ 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 R.\_\_\_\_\_ 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 F.\_\_\_\_\_.

En effet, les taux d'anticorps n'ont pas varié avant et après traitement et si les IgG étaient fortement positives, traduisant un contact préalable avec *Borrelia*, les IgM sont restés toujours négatives ou très faiblement positives, ce qui exclut un contact récent.

Par ailleurs, il convient bien entendu de se pencher sur la symptomatologie développée par R.\_\_\_\_\_. 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 R.\_\_\_\_\_ était compatible avec une manifestation de maladie de Lyme sans en être aucunement spécifique. Deuxièmement, R.\_\_\_\_\_ 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.

Théoriquement, on pourrait être amené à effectuer une ponction lombaire afin d'objectiver une éventuelle positivité des index pour neuroborréliose. Je doute fortement que cet examen apporte quelque chose au bilan. Néanmoins, si l'assureur et/ou l'avocat le souhaite, cet examen pourrait aisément être réalisé par moi-même ou dans le cadre du service de neurologie du CHUV par exemple. Cet examen permettrait d'objectiver plus précisément s'il existe une participation significative du système nerveux central aux troubles, ce qu'actuellement l'anamnèse, l'examen clinique et le résultat des examens complémentaires ne suggèrent pas.

S'agissant du traitement effectué par le Dr F.\_\_\_\_\_ par Doxycycline pendant 28 jours, ce traitement est un traitement effectué lege artis, certains auteurs préférant néanmoins dans une telle situation pratiquer un traitement par Ceftriaxone pendant 2 à 3 semaines. Néanmoins, dans le cas de R.\_\_\_\_\_, je pense que le traitement per os était suffisant. Ce traitement n'a néanmoins pas eu d'effet sur l'évolution des plaintes.

Compte tenu des éléments susmentionnés, pour ce qui est de la maladie de Lyme, je conclus que R.\_\_\_\_\_ a très certainement eu un contact avec *Borrelia-Burgdorferi* lié à l'une des piqûres de tiques, que la relation de causalité entre les plaintes (fatigue et troubles sensitifs hémicorporels gauches) est possible mais pas probable ou certaine en terme de LAA et que le traitement a été adéquat.

Sur un plan asséurologique, le contact avec *Borrelia-Burgdorferi* étant certain, le traitement effectué par le Dr F. \_\_\_\_\_ était formellement indiqué et a été effectué *lege artis*. Les éléments à notre disposition, s'ils permettent d'affirmer un contact, ne permettent pas d'affirmer (relation de causalité possible uniquement) une relation entre les plaintes (fatigue et troubles sensitifs) et la positivité de la sérologie. Cela implique à mon sens que le traitement de la maladie de Lyme est à la charge de l'assureur accident, mais que l'incapacité de travail éventuelle qui a découlé des plaintes (fatigue et troubles sensitifs hémicorporels gauches), si elle a réellement existé, ne peut être considérée comme en relation de causalité probable ou certaine avec la maladie de Lyme.

En conséquence de ce qui précède, je répondrai à votre questionnaire de la façon suivante:

**1. Anamnèse:**

Cf. plus haut.

**2. Quelles sont les plaintes actuelles de l'assuré?**

Cf. plus haut.

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

Constatations objectives :

Cf. plus haut.

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 la santé actuelle?**

Pour les éléments développés plus haut, 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, comme mentionné plus haut, 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 léger 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 R. \_\_\_\_\_ ne sont qu'en relation de causalité possible avec la maladie de Lyme, pouvant correspondre à bien d'autres étiologies.

**5. Au cas où une réponse à la question précédente, positive ou négative, ne pourrait être précisément donnée, l'accident assuré est-il plutôt une cause: invraisemblable ou hautement vraisemblable.**

Comme mentionné plus haut, l'événement « accidentel » du 13.12.2005 doit tout d'abord être apprécié par le juriste qui déterminera s'il s'agit réellement d'un accident au sens de la LAA. Si l'événement du 13.12.2005 est considéré comme de nature accidentelle, la relation de causalité entre les plaintes et l'événement du 13.12.2005 doit être considérée comme n'ayant pas dépassé 3 mois.

Ultérieurement, les plaintes et les troubles constatés ne pourront plus être considérés comme en relation de causalité probable ou certaine avec l'événement du 13.12.2005.

En ce qui concerne la maladie de Lyme, cf. description et appréciation plus haut.

**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?**

Comme mentionné plus haut, 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 R. \_\_\_\_\_ 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?**

Comme mentionné plus haut, 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, comme mentionné plus haut, 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 F. \_\_\_\_\_ 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 dans le cadre du conflit assécurologique.

**10. Si oui, pour quel traitement?**

Cf. réponse à la question 9.

**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?**

Comme mentionné plus haut, la capacité de travail de R. \_\_\_\_\_ 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?**

Pour les éléments développés plus haut, R. \_\_\_\_\_ 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?**

Pour les éléments développés plus haut, 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.

**15. Quel pourcentage correspond à cette atteinte selon le barème LAA des atteintes à l'intégrité (annexe 3 à l'OLAA)?**

Question sans objet.

**16. Autres remarques?**

Comme mentionné plus haut, je reste à disposition pour effectuer une ponction lombaire, si le patient et son avocat, ou l'assureur, le souhaitent, après bien évidemment accord des parties. J'estime néanmoins qu'en dehors du conflit assécurologique, cet examen ne se justifie pas sur un plan médical, du moins actuellement."

Par lettre du 30 novembre 2009, le Dr N.\_\_\_\_\_ a répondu aux questions de l'assureur comme il suit :

**"- 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 R.\_\_\_\_\_ et si la maladie de Lyme est encore active?**

Pour les éléments développés dans mon rapport d'expertise, les diverses sérologies pratiquées chez R.\_\_\_\_\_ 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 R.\_\_\_\_\_ 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 asséculoologique me paraît inconcevable, en l'absence d'éléments clairement indicateurs de cette maladie."

Un document établi à l'en-tête de la Zurich et intitulé "entretien avec le Dr K. \_\_\_\_\_ du 22.02.2010" et signé le même jour relate :

"Les frais médicaux de 2006 à 2008 présentés actuellement sont-ils la conséquence de la maladie de Lyme?"

Non. L'expertise est claire sur ce point. En 2007, quand le patient a été traité pour la maladie de Lyme, c'était parce que la présence d'une atteinte de cette maladie avait été détectée. Il s'agissait d'un principe de précaution. Il s'est avéré ensuite que la maladie n'était pas active. Il ne s'agit ainsi que d'une possibilité qui s'est avérée ensuite inexacte. Les traitements ne peuvent être mis en rapport avec cette maladie."

Par lettre du 15 décembre 2009, l'assuré a demandé que le questionnaire complémentaire adressé à l'expert soit complété. Il a joint copie d'une correspondance qu'il avait adressée au Dr P. \_\_\_\_\_ le 7 octobre 2007 ainsi que de la réponse de ce praticien. Sur la base de cet échange, en particulier de la symptomatologie relevée par le Dr P. \_\_\_\_\_ à l'époque (douleurs aux adducteurs), il demandait que l'expert soit invité à dire si l'appréciation faite au sujet de la présence de signes de la maladie de Lyme en particulier en page 10 du rapport d'expertise était confirmée ou modifiée.

Par lettre du 13 avril 2010, X. \_\_\_\_\_ SA a invité l'expert à se prononcer sur les nouvelles analyses effectuées en novembre 2009 et lui a transmis la lettre du 7 octobre 2007 du Dr P. \_\_\_\_\_ en lui demandant si les détails sur la jeunesse de la maladie exposés par ce praticien pourraient influencer ses conclusions, ce que souhaiterait savoir le recourant.

Le 26 avril 2010, l'expert a répondu notamment 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 R.\_\_\_\_\_ 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 (lettre jointe en annexe).

S'agissant toujours de la lettre du 22.10.2007 du Dr P.\_\_\_\_\_ à R.\_\_\_\_\_, le contenu de cette dernière rejoint mon appréciation du cas à savoir que R.\_\_\_\_\_, 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, X.\_\_\_\_\_ SA 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, n'était pas établi avec un degré de vraisemblance suffisant, si bien que l'assuré ne pouvait pas demander les prestations de l'assurance-accidents pour un accident dont les conséquences se seraient révélées en 2007, étant précisé que l'assureur ne demandait pas le remboursement des prestations déjà versées.

Par lettre de son conseil du 14 octobre 2010, R.\_\_\_\_\_ a formé opposition contre cette décision en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que X.\_\_\_\_\_ SA garantit la prise en charge des conséquences (arrêt de travail, traitement, etc.) de la maladie de Lyme diagnostiquée en 2007, s'agissant d'un accident au sens de la LAA, subsidiairement à son annulation, une expertise multidisciplinaire étant mise en œuvre, cas échéant avec l'intervention d'un spécialiste de la maladie de Lyme et d'un orthopédiste.

Dans une lettre du 20 janvier 2011, l'assureur a constaté que la décision du 15 septembre 2010 ne concernait que la maladie de Lyme

et qu'aucune décision n'avait été rendue au sujet des suites de l'accident du 13 décembre 2005, si bien qu'il avait invité le siège régional à rendre une décision à ce sujet, puis qu'une seule décision sur opposition pour les deux dossiers serait ensuite rendue.

Par décision du 26 janvier 2011, l'assureur a considéré qu'aucun des examens effectués à ce jour n'avait permis de constater de séquelles d'un éventuel traumatisme lié à la chute du 13 décembre 2005, qu'il n'était pas possible de comprendre comment les lésions du muscle pyramidal auraient pu se produire dans ces circonstances, si bien qu'il était tout au plus possible que les troubles constatés aux membres inférieurs fussent en relation avec la chute de 2005 et que la responsabilité de l'assureur-accidents après le 31 mars 2005 n'était pas engagée.

Dans une lettre du 25 février 2011, R.\_\_\_\_\_ a fait opposition contre cette seconde décision, par son conseil, en concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et à la mise en œuvre d'investigations complémentaires permettant de clarifier la question du lien de causalité entre les atteintes décrites et l'accident du 13 décembre 2005.

Par décision sur opposition du 23 mars 2011, X.\_\_\_\_\_ SA a rejeté les oppositions formées les 14 octobre 2010 et 25 février 2011 par l'assuré en se fondant sur l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ et sur les deux rapports complémentaires déposés par celui-ci les 30 novembre 2009 et 26 avril 2010.

**B.** Par acte du 26 avril 2011, R.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision en concluant, avec dépens, principalement à sa réforme en ce sens que la X.\_\_\_\_\_ SA garantit la prise en charge des conséquences de la maladie de Lyme diagnostiquée en 2007, respectivement de l'accident du 13 décembre 2005 et, subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée, la cause étant renvoyée à la X.\_\_\_\_\_ SA pour complément d'instruction à savoir des investigations complémentaires sous forme d'une expertise multidisciplinaire notamment, afin de clarifier la question

du lien de causalité entre les troubles présentés par le recourant d'une part et la maladie de Lyme respectivement l'accident du 13 décembre 2005 d'autre part.

Le recourant soutient que les conclusions de l'intimée, à savoir que les plaintes actuelles de celui-ci ne sont à mettre en relation ni avec la maladie de Lyme ni avec l'événement du 13 décembre 2005, sont erronées. Il indique qu'il n'est pas contesté qu'il a bel et bien été en contact avec la maladie de Lyme, puisque les sérologies auquel il a été procédé le montrent, et que les piqûres sont intervenues entre 2003 et 2005, la première sérologie intervenant en juillet 2007 et que dès lors certains symptômes de la maladie de Lyme persistaient depuis 2005. Il ajoute qu'au-delà de la fatigue, il souffre de problèmes rhumatologiques et que c'est à tort que l'intimée laisse entendre que l'absence d'érythème accrédirait la thèse selon laquelle les troubles qu'il présente ne serait qu'en relation de causalité possible avec la maladie de Lyme alors que l'érythème n'apparaît, selon le recourant, que chez quelques 30 % des patients touchés par cette maladie. Il soutient également que le fait qu'un symptôme puisse apparaître dans d'autres circonstances ne suffit en aucun cas à considérer que la condition du lien causalité n'est pas réalisée et qu'au vu des incertitudes émanant du dossier, notamment du fait que les appréciations médicales ne vont pas toujours dans le même sens, l'intimée ne pouvait pas en l'état actuel considérer que le lien de causalité entre les troubles constatés chez le recourant et la maladie de Lyme était tout au plus possible. Il se plaint que les questions complémentaires qu'il souhaitait poser à l'expert n'aient pas été transmises par l'intimée à celui-ci alors qu'il aurait été indispensable selon lui que l'expert indique si son appréciation du 19 juin 2009 pouvait être modifiée après qu'il a pris connaissance du type de symptomatologie relevée par le Dr P.\_\_\_\_\_ en octobre 2007. Il soutient que la situation est tout aussi obscure concernant l'accident du 13 décembre 2005, estimant l'expertise contradictoire dès lors que le Dr N.\_\_\_\_\_ mentionne que l'origine la plus probable du manque du volume du muscle pyramidal est une hypogénésie congénitale et non une atteinte post-traumatique tout en concluant que la nature exacte des troubles présentés par le recourant encore actuellement au

niveau des fesses et des membres inférieurs reste à déterminer. Il en déduit que l'origine des douleurs n'a pas été suffisamment investiguée et que l'intimée ne pouvait se contenter du rapport d'expertise.

Dans sa réponse du 11 mai 2011, X.\_\_\_\_\_ SA a conclu au rejet du recours. Elle a estimé que les troubles subis par le recourant n'étaient pas en lien de causalité avec la maladie de Lyme ni avec l'accident du 13 décembre 2005.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures.

**C.** Le dossier de l'assurance-invalidité a été produit. Y figurent notamment les pièces suivantes :

- Un rapport médical du 1<sup>er</sup> avril 2007 du Dr B.\_\_\_\_\_ qui indique ce qui suit:

**"ULTRASON LOMBO-SACRE du 30.03.2007**

**Indication**

Recherche d'une lésion des ligaments sacro-iliaques.

**Description**

A l'ultrason, les parties musculaires fessières et para-lombaires basses ne présentent pas d'anomalie en particulier pas d'hématome.

Du côté droit, le ligament ilio-lombaire est un peu plus épais, mesurant environ 4 mm contre 2 à 3 mm à gauche. Ceci serait compatible avec une ancienne déchirure du ligament sacro-iliaque droit. Les clichés fonctionnels effectués à la clinique Cecil montrent également une composante d'hypermobilité en L5-S1."

- Un rapport médical du 19 avril 2007 du Dr H.\_\_\_\_\_ dont il résulte notamment ce qui suit :

**"DIAGNOSTICS :**

**Lombo-pyralgies chroniques non spécifiques persistantes.**

- Troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse et déconditionnement physique global et focal.

**DISCUSSION :**

Monsieur R. \_\_\_\_\_ présente un tableau classique de déficience musculaire dans un contexte de lésions structurelles du rachis modérées, décompensées à l'occasion d'un faux mouvement, chez un patient dont le rachis est soumis à rude épreuve de par sa profession d'ingénieur d'entretien (kilométrage annuel et charges ainsi que postures inadéquates). Compte tenu des déficiences constatées, malgré les traitements déjà appliqués, je pense qu'il est justifié, afin qu'il puisse mieux intégrer l'ensemble de la problématique, de lui proposer une prise en charge intensive qui aura lieu dès le 7 mai 2007. Je le reverrai toutefois avant cette date afin de mieux lui expliquer les différentes composantes de son problème."

- Un rapport médical du 11 juillet 2007 du Dr H. \_\_\_\_\_ qui indique ce qui suit :

"Après le traitement intensif, Monsieur R. \_\_\_\_\_ m'a à nouveau interrogé sur les différentes composantes de son problème, en particulier sur les résultats d'une IRM récente. J'ai soumis cet examen à C. \_\_\_\_\_, notre radiologue, afin de discuter l'état du pyramidal gauche. Effectivement, celui-ci est hypotrophié. Toutefois, les images en IRM que ce soit en T1 ou en T2 montrent clairement qu'il n'y a pas de lésion de type traumatique, pas de désinsertion ni de surcharge de l'os sous-jacent. Bref, il s'agit beaucoup plus d'une amyotrophie congénitale, que d'une atteinte secondaire. Tout au plus pourrait-on discuter d'une atrophie de sous-utilisation, néanmoins, je ne vois pas très bien comment elle pourrait s'être formée dans la situation actuelle.

A ce stade de l'évolution, comme sur l'IRM les structures osseuses ou ligamentaires aussi bien des sacro-iliaques que des lombaires basses sont normales, je n'ai pas d'autre proposition de traitement que la poursuite de la rééducation en mettant l'ensemble de la situation sur le compte des déficits proprioceptifs entraînés d'une part par cette anomalie congénitale et d'autre part par le mécanisme d'hyper extension et de la douleur qui s'ensuivit, lors de l'événement initial."

- Un rapport médical du 25 février 2008 du Dr V. \_\_\_\_\_, médecin associé au service de traumatologie du CHUV, adressé au Dr L. \_\_\_\_\_, dont il résulte ce qui suit:

"Je te remercie de m'avoir adressé le patient susnommé que j'ai vu en consultation le 22 février 2008.

Patient de 44 ans, victime d'une chute en avant en portant une lourde caisse dans les escaliers en décembre 2005. Des douleurs rétro-trochantériennes G ont été traitées de façon différente mais sans diagnostic ou traitement spécifique.

Depuis septembre 2006, les douleurs se sont chronicisées et sont devenues invalidantes. Finalement, le diagnostic de déchirure du muscle pyramidal G a été posé en juin 2007 sur une IRM qui n'est pas à notre disposition. Le patient a par la suite été pris en charge par le Dr L. \_\_\_\_\_ dès octobre 2007 qui a prescrit une restructuration de la marche avec supports plantaires ainsi qu'un ré-entraînement en chaîne musculaire et électro-stimulation.

Depuis, l'évolution est lentement favorable ayant permis notamment la reprise de la natation et du cyclisme que le patient ne pouvait plus effectuer auparavant. Pas de trouble neurovasculaire périphérique hormis une hypoesthésie de la face latérale de la jambe et du pied G.

### **Cliniquement:**

Marche sans boiterie. Le bassin est équilibré avec un Trendelenburg négatif des deux côtés. Discrète douleur à la palpation du pyramidal dans l'espace rétro-trochantérien alors que les autres muscles sont parfaitement indolores. Les tests spécifiques du pyramidal sont douloureux alors que les tests des autres muscles sont négatifs. Bonne mobilité symétrique des deux hanches. Impingement test négatif des deux côtés.

**Examen complémentaire:** le seul examen disponible est une IRM lombaire de février 2007 ne montrant pas de pathologie à ce niveau-là. Par contre, au niveau du sacrum on trouve un muscle pyramidal D bien formé alors qu'il a pratiquement disparu voire très hypotrophique à G et remplacé par du tissu cicatriciel. Le tendon semble inflammatoire dans la partie visible.

### **Diagnostic**

Syndrome post-traumatique du muscle pyramidal G.

### **Attitude:**

Au vu de l'évolution lentement favorable, il n'y a pas d'indication à un traitement chirurgical dont les risques dépassent le bénéfice étant donné que la situation s'améliore avec un traitement adapté et bien conduit. J'explique toutefois au patient qu'au vu du temps perdu préalablement, la durée du traitement est bien plus longue que celle d'une tendinite primaire. Il va de soi qu'en cas de stagnation de la symptomatologie ou de l'absence de résorption complète des symptômes on pourrait procéder à une neurolyse du nerf sciatique et ténotomie du muscle pyramidal."

- Un rapport médical du 23 avril 2008 du Dr C.\_\_\_\_\_, médecin adjoint du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, dont il résulte ce qui suit:

### **"IRM DU BASSIN**

#### **Indications**

Hypotrophie du muscle pyramidal gauche. Evolution.

#### **Description**

*Examen réalisé sur une IRM Philips 3 T avec les séquences T1 transverse, T2 transverse et T2 fat sat transverse.*

Examen comparé à l'IRM effectuée le 26.6.2007 au Centre d'imagerie du Nord vaudois.

Par rapport au comparatif, on retrouve une hypotrophie du muscle piriforme gauche avec visualisation du tendon terminal. Cette hypotrophie est inchangée par rapport au comparatif et est vraisemblablement d'origine congénitale. Pas d'anomalie de signal, pas de collection décelable. Les autres muscles du petit bassin sont sp.

#### **Conclusions**

Hypotrophie du muscle piriforme gauche avec visualisation du tendon terminal inchangée par rapport au comparatif du 26.6.2007."

- Un rapport médical du 29 avril 2008 du Prof X.\_\_\_\_\_, responsable de l'unité nerf-muscle du Service de neurologie du CHUV, qui indique ce qui suit:

#### **"Diagnostic(s) retenu(s)**

- Lésion du muscle pyramidal gauche.

*Traitement en cours* : Saroten® 25 mg le soir, paracétamol, Voltarène, Temesta® en réserve.

*Contexte clinique* : ce patient présente depuis décembre 2005 à la suite d'un faux mouvement lors d'une chute dans les escaliers d'importantes douleurs en regard de la hanche gauche. Un diagnostic tardif de lésion du muscle pyramidal est posé à l'IRM permettant ensuite une rééducation orientée.

Actuellement, il présente des douleurs de la partie basse de la fesse gauche à type déchirure - frisson avec une sensation de contracture lors de l'accroupissement. Il n'y a pas d'irradiation des douleurs dans le membre inférieur gauche hormis la présence de quelques fourmillements au talon gauche. Le patient est soulagé par la posture debout prolongée. A noter qu'il a pu reprendre la natation, nageant actuellement 1 km.

*Profession* : service après-vente dans la scintigraphie et scanner. A 50 % depuis mi-février 2008.

*Examen neurologique* : pas de trouble de la marche talon-pointe, saut monopodal, escaliers sans particularité. Romberg stable. Absence de parésie. ROT normovifs symétriques. Absence de trouble sensitif. RCP en flexion. Absence de Lasègue.

*Description de l'ENMG (cf résultats annexés)* les paramètres de la conduction nerveuse démontrent des valeurs dans les limites de la norme pour le membre inférieur gauche.

L'électromyographie de détection ne retrouve pas d'anomalie sur tous les muscles testés, hormis peut-être sur le muscle pyramidal avec quelques potentiels polyphasiques (techniquement difficile).

### **SYNTHÈSE ET CONCLUSION**

Nous ne retrouvons ni cliniquement, ni électrophysiologiquement de neuropathie sciatique en cette déchirure du muscle pyramidal gauche."

- Un rapport médical du 13 août 2008 du Dr L. \_\_\_\_\_ qui diagnostique une déchirure avec désinsertion et atrophie du muscle pyramidal gauche, ce diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail et une maladie de Lyme anamnestique, ce diagnostic n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail. Il indique notamment ce qui suit :

"Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)

Ce patient de 44 ans a été victime d'une chute en avant alors qu'il portait une lourde caisse dans les escaliers. L'accident s'est déroulé dans les locaux des HUG en décembre 2005. Le patient a décrit une douleur transfixiante en coup de poignard rétro-trochantérienne gauche. Dans un premier temps l'affection avait été traitée de manière non spécifique étant donné qu'aucun diagnostic n'était posé. Depuis septembre 2006, 9 mois après l'accident les douleurs sont devenues chroniques et sont devenues invalidantes. Finalement, le diagnostic de déchirure du muscle pyramidal gauche est posé en juin 2007. Le patient est suivi à notre consultation depuis septembre 2007 et peut ainsi bénéficier de différents types de traitements de physiothérapie, de renforcement musculaire et il est au bénéfice d'une prescription de supports plantaires. Malgré ces traitements, bien que le patient ait pu reprendre le travail à 50%, ce dernier se sent fatigué, nettement moins efficace au travail et se plaint de douleurs qui irradient depuis la région fessière gauche jusqu'à l'extrémité du membre inférieur.

Symptômes actuels/état actuel

Fatigabilité, douleur rétro-trochantérienne gauche, sensations de fourmille-ments et d'irradiations jusqu'au niveau des orteils sans que l'on puisse parler d'un territoire spécifique. Le patient ne peut plus effectuer d'activités physiques y compris la natation car cette

dernière augmente les douleurs. La position couchée sur le dos ou assise de manière prolongée devient rapidement insupportable.

Indications subjectives par le patient/constat objectif

Cliniquement on constate que le patient marche en boiterie. Le bassin est équilibré avec un Trendelenburg négatif. Douleur à la palpation du pyramidal dans l'espace rétro-trochantérien alors que l'ensemble des autres muscles est parfaitement indolore. Les tests spécifiques du pyramidal sont douloureux. Bonne mobilité symétrique des 2 hanches. Test d'Impingement sur la hanche négatif des deux côtés.

Examen complémentaire : IRM lombaire : pas de pathologie. Au niveau des fessiers, atrophie importante avec désinsertion du pyramidal gauche. Ce dernier est remplacé par du tissu graisseux et cicatriciel."

Le Dr L.\_\_\_\_\_ estime l'incapacité de travail à 50%.

- Un rapport médical du 28 août 2008 du Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, qui pose le diagnostic de lésion du muscle pyramidal gauche. Il relève notamment ce qui suit:

"Suite à un faux mouvement survenant le 13.12.05 en levant sa jambe gauche simultanément en portant un objet lourd, M. R.\_\_\_\_\_ ressent un craquement dans la région du sacrum suivie d'une douleur fessière gauche. S'ensuit de nombreuses consultations et investigations.

Symptômes actuels/état actuel

Se déclare handicapé par séquelle "rupture" du muscle pyramidal".

Le Dr A.\_\_\_\_\_ indique qu'il n'y a pas d'incapacité de travail.

- Un "résumé des conséquences d'accident du 13 décembre 2005" transmis par le recourant le 28 août 2008 à l'OAI et qui décrit l'événement du 13 décembre 2005 comme il suit :

**Description:**

A charge, env. 35kg en porte-à-faux, j'ai manqué la première marche (sens montant) d'un escalier aux HUG. J'étais en phase de rotation pour «attaquer» les escaliers.

En voulant me rattraper, mon dos a craqué.

Le craquement a été du type d'un velcro qu'on arrache.

Ma première réflexion a été : ouf c'est pas le dos c'est au niveau des fesses, mais j'avais la ferme conviction que je m'étais fait mal. Je n'ai ressenti aucun blocage sur le coup.

L'état du moment : fatigue générale de fin d'année, dos en effet fatigué (ramassage de bois, jardinage, travaux ménager, installations professionnelles). Fin de journée, accident vers 20h, déshydratation; la clim de la salle d'examen où je travaillais était arrêtée depuis plus d'une heure."

- Un rapport médical du 9 septembre 2008 du Dr F. \_\_\_\_\_ qui pose les diagnostics ayant des conséquences sur la capacité de travail de syndrome de surcharge de la musculature fessière, maladie de Lyme stade II et état dépressif. Il mentionne en outre ce qui suit:

"Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)

Dans un premier temps le patient a été victime d'une chute dans les escaliers en portant une charge. Par la suite, il a présenté des douleurs du sacrum et de la fesse G. Il est traité par des séances d'ostéopathie et physiothérapie mais il persiste des douleurs de la fesse jusqu'en sept. 06. Il développe en quelque sorte un syndrome radiculaire qui reste lancinant. Il a présenté une piqûre de tique le 06.07.05 avec probablement développement d'une Borréliose et depuis lors, plusieurs piqûres de tiques ont eu lieu. Finalement, un traitement antibiotique au long court a été prescrit car le patient a probablement développé une Borréliose de type secondaire pouvant expliquer également le syndrome radiculaire. (...)

Symptômes actuels/état actuel

Présence d'une fatigue et d'une douleur lombo-fessière bilatérale prédominant du côté G avec un syndrome radiculaire allant jusque dans le pied à G. Ceci ne s'accompagne d'aucun déficit sensitivo-moteur, les réflexes sont conservés mais il y a une diminution de l'endurance et une augmentation des douleurs lors d'effort et de port de charge."

- Le Dr F. \_\_\_\_\_ ajoute qu'il n'y a pas d'incapacité de travail gérée par lui-même.

- Une décision rendue le 16 février 2009 par l'OAI selon laquelle le recourant n'a droit ni à des mesures professionnelles, ni à une rente.

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

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

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à des prestations LAA.

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

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance accidents, RS 832.20), si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177, consid. 3.1 et les références; TF 8C\_432/2007 du 28 mars 2008, consid. 3.2.1). 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 129 V 177, consid. 3.1 et les références:

TF 8C\_433/2005 du 11 mars 2009, consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C\_513/2007 du 22 avril 2008, consid. 3.1 et les références).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est

revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références); le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335, consid. 2b/bb; TF 8C\_42/2009 du 1er octobre 2009, consid. 2.2).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 125 V 456, consid. 5a et les références; ATF 129 V 177 précité, consid. 3.2; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1 in fine et les références).

**b)** Selon l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- a. les fractures;
- b. les déboîtements d'articulations;
- c. les déchirures du ménisque;
- d. les déchirures de muscles;
- e. les élongations de muscles;
- f. les déchirures de tendons;

- g. les lésions de ligaments;
- h. les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a p. 140 et les références). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références).

La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident, en prévoyant qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure — soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et présentant une certaine importance — fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 consid. 4; TF 8C\_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1).

L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles telles qu'énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de

la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.), à moins que le geste en question n'ait sollicité le corps, en particulier les membres, de manière plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs: ATF 129 V 466 consid. 4.2.2).

Le Tribunal fédéral a en outre précisé, dans le cadre de l'art. 9 OLAA, qu'on ne peut admettre qu'une lésion assimilée — malgré son origine en grande partie dégénérative — a fait place à l'état de santé dans lequel se serait trouvé l'assuré sans l'accident (*statu quo sine*), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. A défaut, en effet, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de cette lésion (TF 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2; TFA U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2; cf. également Duc, La jurisprudence du TFA concernant les lésions tendineuses, RSAS 2000, pp. 529 ss, plus spécialement 534 ss).

**4.** L'assureur social — et le juge des assurances sociales en cas de recours — doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante

(ATF 126 V 353, consid. 5b; 125 V 351, consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Du reste, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231, consid. 5.1; 125 V 351, consid. 3a; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En particulier, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

En définitive pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables — de nature clinique ou diagnostique — qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011, consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

**5. a)** En l'espèce, en ce qui concerne le muscle pyramidal, l'expert a exclu tout lien de causalité avec l'événement du 13 décembre 2005. Il a relevé que les différents bilans radiologiques avaient révélé essentiellement une diminution de volume du muscle pyramidal gauche dont certains avaient pensé qu'elle était de nature post-traumatique et d'autres de nature congénitale. Il a expliqué qu'une atrophie ne pouvait

être en relation de causalité avec l'événement du 13 décembre 2005 étant donné son mécanisme, qui n'a pas comporté de choc direct sur la fesse, d'étirement fessier ou d'autre élément traumatique suffisamment important pour être à l'origine d'un déchirement de la musculature fessière cause d'une atrophie et en outre, ne pas voir comment un traumatisme fessier aurait pu se traduire uniquement par une atteinte du muscle pyramidal avec une diminution importante de son volume. Compte tenu de ces éléments, il a estimé que l'origine la plus probable du manque de volume du muscle pyramidal était une hypogénésie congénitale et non une atteinte post traumatique mais que la nature exacte des troubles présentés encore actuellement par le recourant au niveau des fesses et des membres inférieurs ne pouvait être définie avec exactitude. La tâche de l'expert était de déterminer s'il existait un lien de causalité entre l'événement du 13 décembre 2005 et l'état du muscle pyramidal du recourant. Il l'a remplie en expliquant de manière claire et convaincante, après avoir fait la synthèse des divers avis médicaux qui lui ont été soumis, que ce lien était exclu à cause de la nature même de cet événement. Les explications de l'expert ne sont ainsi en rien contradictoires et le seul fait que l'origine des troubles à la santé dont souffre le recourant n'est pas déterminée avec certitude ne saurait mettre en doute la conclusion dûment étayée de l'expert.

Certes, dans son rapport médical du 13 août 2008, le Dr L.\_\_\_\_\_ semble admettre un tel lien de causalité, mais ne motive pas son appréciation, laquelle contredit d'ailleurs celle de son rapport du 10 septembre 2007. Ses conclusions contradictoires et peu étayées ne peuvent être suivies. Il en va de même de celles du Dr V.\_\_\_\_\_ (rapport du 25 février 2008) qui n'a pas eu connaissance comme l'expert de l'ensemble du dossier du recourant, pas même de l'IRM de juin 2007 comme il le mentionne dans son rapport.

Le 19 avril 2007, le Dr H.\_\_\_\_\_ indiquait, en se fondant sur l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_, radiologue, que l'IRM montrait clairement l'absence de lésion de type traumatique et que l'état du muscle pyramidal gauche était dû à une amyotrophie congénitale. La lettre du 17 novembre 2008 de

ce praticien estimant que la situation était obscure, après relecture, rapide il est vrai, du dossier, apparaît dès lors difficilement compréhensible.

Il n'y a dès lors aucun motif de s'écarter des conclusions de l'expert selon lesquelles, le lien de causalité entre l'état du muscle pyramidal du recourant et l'événement du 13 décembre 2005 est exclu.

**b)** Comme seules conséquences de l'événement du 13 décembre 2005, l'expert retient que ce dernier a comporté une distorsion lombaire banale et admet une relation de causalité naturelle probable ou certaine qui s'est achevée au terme d'une période de trois mois au maximum après cet événement.

Il n'y a aucun rapport médical mettant en doute cette appréciation concernant la pathologie lombaire du recourant, de sorte qu'elle doit être suivie.

**c)** En ce qui concerne la maladie de Lyme, selon la jurisprudence constante, la morsure de la tique du genre ixode présente toutes les caractéristiques de l'accident (art. 9 al. 1 OLAA), c'est pourquoi l'assureur-accidents doit prendre en charge les cas de maladies infectieuses (maladie de Lyme encéphalite virale) occasionnées par une telle morsure et leurs conséquences (ATF 122 V 239 consid. 5; arrêts J. du 17 juin 2004, U 164/03, et H. du 2 avril 2004, U 146/03). De plus, lorsqu'une lésion déterminée due à la morsure d'une tique du genre ixode existe et qu'une infection imputable aux germes véhiculés par celle-ci se manifeste, la transmission des germes se présume au degré de vraisemblance prépondérante requis (arrêt U 115/04 du 25 août 2004 et références citées).

En l'espèce, l'expert a expliqué que les diverses sérologies pratiquées chez le recourant 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, 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. En outre, et contrairement à ce qu'allègue le recourant dans sa réponse, le complément d'instruction qu'il a demandé à l'intimée par lettre du 15 décembre 2009 a bien été effectué par celle-ci, puisqu'elle a transmis à l'expert la lettre du 7 octobre 2007 du Dr P.\_\_\_\_\_ dans laquelle celui-ci mentionne que le recourant faisait état d'un état de fatigue et de douleurs aux adducteurs. L'expert a maintenu ses conclusions dans le complément d'expertise du 26 avril 2010. Il a d'ailleurs relevé notamment que le contenu de la lettre du Dr P.\_\_\_\_\_ confirmait son appréciation. Ce praticien précisait en effet qu'une sérologie positive signifiait uniquement un contact avec la bactérie mais n'apportait pas nécessairement le diagnostic de la maladie.

**d)** L'expert a ainsi pris en compte l'ensemble des plaintes, y compris musculaires, du recourant et expliqué de manière claire et cohérente les raisons pour lesquelles il retenait un lien de causalité uniquement possible entre les troubles dont fait état le recourant et la positivité de la sérologie, ce lien étant exclu avec la pathologie au niveau des fesses et l'événement du 13 décembre 2005.

Il n'y a aucun rapport médical mettant en doute ces conclusions qui doivent être suivies. Certes, le Dr F.\_\_\_\_\_ (rapport du 9 septembre 2008) indique que le recourant a développé une borréliose de type secondaire pouvant expliquer le syndrome radiculaire. Il ne motive toutefois pas son appréciation.

**e)** En définitive, l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ comporte une anamnèse, fait état des plaintes du recourant et procède d'une étude approfondie du cas de celui-ci. Exempte de contradictions, ses conclusions, motivées et convaincantes, ne sont mises en doute par aucun autre rapport médical. Elle a ainsi valeur probante et c'est à juste titre que l'intimée s'est fondée sur ses conclusions.

**f)** La documentation médicale étant complète et permettant ainsi à la cour de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu

d'ordonner des investigations complémentaires. Le juge peut en effet renoncer à l'administration d'une preuve s'il acquiert la conviction au terme d'une appréciation anticipée des preuves, comme en l'espèce, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante, et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (TF 9C\_543/2009 du 1er octobre 2009, consid. 2.2 et les références; TF 9C\_619/2009 du 9 décembre 2009, consid. 3 et les références).

**6.** Au vu de ce qui précède, la décision attaquée est conforme au droit et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. En outre, vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 23 mars 2011 par X. \_\_\_\_\_ SA est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Charles Munoz (pour R. \_\_\_\_\_),
- X. \_\_\_\_\_ 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 :