

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 avril 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Piguet, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourante, représentée par Me Adrienne Favre, avocate
à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 43 al. 1 LPGA ; art. 6 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1947, exerçait la profession d'auxiliaire sur appel auprès du J._____ à [...]. Elle était assurée à titre obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

B. Par déclaration du 11 juillet 2016, J._____ a annoncé à la CNA que lors d'une « randonnée/promenade », l'assurée avait été piquée par une tique et qu'elle avait contracté la maladie de Lyme. L'employeur indiquait que l'accident avait eu lieu le 27 juin 2016, tout en précisant que « la date du sinistre [est] imprécise ».

Interpellée par la CNA, l'assurée a précisé le 1^{er} août 2016 qu'il s'agissait d'une piqûre de tique dans le dos. En outre, elle déclarait notamment ne pas avoir vu l'animal et ne pas savoir vraiment quand elle avait été piquée. Concernant les douleurs, l'assurée mentionnait qu'elle n'avait pas noté le moment où elle les avait ressenties pour la première fois, celles-ci n'étant pas fortes au point de l'inquiéter. Il s'agissait de douleurs articulaires de type courbatures.

Dans un rapport du 3 juillet 2016 produit le 8 août 2016, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic d'érythème migrant sur le flanc gauche et d'arthralgies comme symptômes d'accompagnement.

Dans un rapport du 10 août 2016, le Dr T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, a posé le diagnostic de « maladie de Lyme sur morsure de tique récente (15 jours) ».

Il ressort ce qui suit d'un rapport d'analyse de sang du 20 juillet 2016 :

« Borréliose de Lyme, interprétation générale : un contact avec *B. burgdorferi* s. l. est sérologiquement confirmé. Ces résultats seuls ne sont toutefois pas appropriés pour évaluer une éventuelle activité de l'infection et doivent être intégrés dans le contexte clinique ».

Un nouveau prélèvement sanguin a été effectué le 11 octobre 2016. Il ressort notamment ce qui suit du rapport d'analyse du 20 octobre 2016 y relatif :

« [...]

Le taux de Lymphocytes B est dans la norme. Le rapport T4/T8 est nettement augmenté du fait d'une diminution des T8, toutefois le rapport T8 cytotoxiques/non cytotoxiques est nettement augmenté, donc le système immunitaire reste relativement efficace contre les agressions virales. Le rapport CD57/CD56 est fortement diminué, ce qui est en faveur d'un système immunitaire moins efficace dans le cas d'infection bactérienne froide de type borréliose. Le taux de rs-IL2 ne montre pas de sollicitation du système immunitaire.

[...]

Le test Elispot réalisé ne met pas en évidence d'activation des Lymphocytes T spécifiques de *Borrelia*.

L'Elispot permet de détecter une activité cellulaire spécifique de *Borrelia* dans les 2 à 6 semaines suivant la piqûre infestante et pendant les phases cliniquement actives en phase tardive disséminée. L'Elispot se négative en principe 5 à 12 semaines après un traitement antibiotique complet et se positive en cas d'échappement thérapeutique. D'après les données actuelles, il est impossible de savoir si *B. Miyamotoi* est détectée par l'Elispot.

[...]

Profil protéique en faveur d'un état d'inflammation de bas grade. Une recherche de mutation d'hémochromatose est recommandée selon l'anamnèse et le contexte clinique. »

Dans un rapport du 28 octobre 2016 adressé à la CNA, le Dr T. _____ a écrit ce qui suit :

« A la fin juin 2016, Mme C. _____ a présenté une morsure de tiques au niveau dorsal avec érythème migrant sur le flanc. Elle consulte le 14 juillet où l'on constate cet érythème migrant. Parallèlement, elle présente une polyarthralgie avec fatigue. Le status rhumatologie ne montre pas d'arthrite.

Le diagnostic de la maladie de Lyme primaire est confirmé par l'anamnèse, le status et la biologie. Madame C. _____ bénéficie d'un mois de tetracycline avec disparition de l'érythème, ce traitement est même prolongé par 15 jours de clarytromicine.

Je la revois le 12 août, elle se plaint toujours de fatigue et d'arthralgies diffuses qui n'ont pas de substrat anatomique. On peut considérer qu'il s'agit d'un contre coups post infectieux. A prime abord il n'y a pas lieu d'attribuer ces plaintes à une maladie de Lyme secondaire. »

Au cours d'un entretien du 9 novembre 2016 avec un collaborateur de la CNA, l'assurée a notamment déclaré ce qui suit :

« [...] En ce qui concerne le problème de Lyme, j'en avais déjà souffert il y a une dizaine d'années suite à une piqûre de tique pour laquelle j'avais été suivie au [...] et par mon homéopathe à [...]. Je ne me souviens plus par contre quelle assurance était intervenue.

[...]

Avec le suivi médical, je m'en suis bien remise et je n'ai plus eu de soucis physiques, moraux et mentaux par la suite.

Courant du mois de mai 2016 à mon avis (mais dernière ballade dans les forêts et prés de la région le 27.06.2016), j'ai commencé à ressentir de grosses courbatures dans tout le corps sans qu'il y ait eu de chute, de choc ou d'efforts particuliers. J'ai mis cela sur la fatigue et mon âge. Je n'ai donc pas particulièrement fait attention et vu de médecin.

J'ai dû consulter les urgences de l'hôpital d' [...] suite à une douleur aiguë à l'extérieur du pied gauche (comme une déchirure — j'étais assise et en me levant, j'ai chuté à cause de la douleur !). Le médecin des urgences m'a alors fait une radio, mais il n'a rien vu de spécial et m'a renvoyée chez moi.

Au début juillet 2016, j'étais toujours courbaturée et mon mari m'a soudain fait remarquer que j'avais comme une grosse piqûre au milieu du dos et qu'il y avait une grosse zone rouge autour. J'ai alors tout de suite pensé à une piqûre de tique, vu que je suis souvent en lisière de forêt avec ma chienne ou au jardin.

J'ai alors consulté rapidement le Dr T._____, sachant les conséquences que cela pouvait prendre. Ce médecin m'a examinée, mais il m'a dit qu'il s'agissait uniquement d'une tendinite de l'extérieur du pied gauche. Il m'a dit de soulager la jambe avec une canne et que cela passerait. Cela n'a pas vraiment été le cas, mais que faire. Cela passait, puis revenait, repassait, puis revenait, etc. Finalement, il a fait les tests de la maladie de Lyme qui se sont révélés positifs. Il m'a prescrit des médicaments en me disant que dans un mois cela serait réglé ! Je n'ai pas voulu d'arrêt de travail, malgré les douleurs générales qui étaient présentes.

Partant aux [...] pour mes vacances, j'en ai profité pour chercher des solutions à ce problème là-bas. J'ai vu une amie médecin là-bas et elle m'a conseillé de prendre de l'argent colloïdal (chose que l'on n'a pas en Suisse). Cela n'a cependant rien fait !

De retour en Suisse, le Dr T._____ estimant que j'étais guérie, et ayant de plus en plus de spasmes qui me font avoir des gestes

incontrôlés régulièrement, je me suis renseignée et ai trouvé le Dr I. _____ à [...] comme spécialiste de ce problème de Lyme. Je l'ai dès lors consulté.

Il m'a examinée et me suis depuis. Depuis mon retour de vacances, je n'ai toutefois pas pu reprendre mon activité professionnelle étant très fatiguée et ne pouvant que difficilement me déplacer avec les spasmes réguliers de tous mes membres.

Je prends des compléments alimentaires et de l'homéopathie pour remonter mon taux immunitaire. Je dois revoir le Dr I. _____ le 14.11.2016 et il va mettre en route un traitement plus lourd.

Je fais aussi de l'acupuncture en parallèle pour essayer de diminuer les douleurs et les spasmes. Je vais chez M. [...] à [...]. Cela est efficace à mon avis et me fait du bien ; cela me calme, mais cela ne tient toutefois qu'une semaine avant de recommencer.

[...]

Depuis début septembre 2016, je ne suis pas apte à travailler. Le Dr I. _____ établira un certificat d'arrêt dans ce sens.

Actuellement, je suis très fatiguée et je dois lutter pour ne pas dormir durant la journée. J'ai encore mal partout (jour et nuit) et mes nuits ne sont de loin pas complète, mais si je dors en journée, je ne dors plus du tout la nuit.

A côté de cela, comme vous pouvez le constater, j'ai des spasmes qui peuvent être violents au niveau des bras et des jambes. Ce jour, ils sont modérés. Lorsque je suis dans un lieu public, les gens m'évitent pensant que je dois être IMC ! Ces spasmes sont même assez douloureux.

[...] »

Dans un rapport du 14 novembre 2016, le Dr I. _____, médecin praticien, a posé le diagnostic d'« encéphalopathie myalgique suite piqûres de tiques ». Il relatait également des polyarthralgies, des névralgies, des polymyalgies, des spasmes épisodiques invalidants du nerf phrénique et une « fatigue+++ physique et psychique ».

Dans une appréciation médicale du 18 novembre 2016, le Dr P. _____, médecin conseil de la CNA et spécialiste en médecine interne générale et médecine du travail, a déclaré que la situation n'était pas du tout claire. Sur la base des éléments au dossier, il a cependant considéré qu'une maladie de Lyme n'était absolument pas démontrée. Il indiquait que le diagnostic de morsure de tique avait été posé a posteriori sur la base d'une lésion érythémateuse attribuée à un érythème migrant. Le médecin conseil relevait également que les plaintes douloureuses

semblaient avoir débuté avant cette « piqûre de tique » et n'étaient pas du tout caractéristiques d'une borréliose. En particulier, il n'y avait jamais eu d'arthrite visualisée et le rhumatologue n'évoquait pas de maladie de Lyme secondaire. Enfin, la sérologie suggérait dans un premier temps un contact ancien avec la bactérie *Borrelia Burgdoferi*, puis se révélait dans un deuxième temps négative. Dans ce contexte, le Dr P. _____ était d'avis que les symptômes présentés par l'assurée ne pouvaient pas être rattachés au sens de la vraisemblance prépondérante à une éventuelle morsure de tique.

Par courrier du 21 novembre 2016, la CNA a informé l'assurée du fait qu'elle considérait qu'il n'y avait pas eu d'accident, ni de lésion corporelle assimilée à un accident ou de maladie professionnelle, et que par conséquent, elle n'allouait pas de prestations d'assurance.

Le 4 décembre 2016, l'assurée a manifesté son désaccord avec la position de la CNA. Elle soutenait notamment que la morsure de tique avait été constatée lors de ses visites chez les médecins et ajoutait que jusqu'à cet événement, elle jouissait d'une excellente santé.

Dans son appréciation médicale du 16 décembre 2016, le Dr P. _____ a écrit ce qui suit :

« [...]

- 1) Contrairement à ce qu'affirme Mme C. _____, la Suva ne conteste pas formellement qu'elle a été mordue par une tique.
- 2) Par contre, les troubles qu'elle présente ne peuvent pas être rattachés au sens de la vraisemblance prépondérante à une morsure de tique. Il s'agit de plaintes relativement vagues sous forme de polyarthralgies, névralgies, polymyalgies, spasmes épisodiques, fatigue physique et psychique (voir rapport du Dr I. _____ du 14.11.2016) et qui ne correspondent à aucun tableau clinique spécifique d'une éventuelle maladie de Lyme.
- 3) D'autre part, le diagnostic de maladie de Lyme est d'autant plus incertain que la sérologie pour *Borrelia Burgdoferi* était entièrement négative lors du contrôle effectué le 11.10.2016.

- 4) Enfin, je rappelle qu'en Suisse seul 5 à 30% des tiques sont infectées par la bactérie *Borrelia Burgdoferi* et qu'une morsure de tique n'entraîne donc pas forcément une maladie de Lyme. »

Par décision du 23 décembre 2016, la CNA a refusé d'allouer ses prestations à l'assurée, au motif que l'on ne se trouvait pas en présence d'un accident ni d'une lésion assimilée à un accident ou d'une maladie professionnelle. L'assureur ne contestait pas le fait que l'assurée avait été mordue par une tique le 21 novembre 2016 [sic], mais considérait que les troubles présentés par l'intéressée ne pouvaient pas être rattachés au sens de la vraisemblance prépondérante à une morsure de tique.

Le 18 janvier 2017, l'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision, concluant implicitement à son annulation. Elle soutenait entre autres que le Dr Z. _____ avait certifié qu'il s'agissait d'une morsure de tique et que ses médecins avaient confirmé que ses ennuis de santé actuels étaient la conséquence évidente d'une morsure de tique, ce qui était de plus confirmé par les analyses. Elle précisait que la morsure de tique était intervenue fin mai ou début juin, contrairement à ce qui était mentionné dans la décision.

Par décision sur opposition du 7 février 2017, la CNA, se fondant sur les conclusions de son médecin conseil, a rejeté l'opposition de l'assurée. L'assureur a considéré qu'il fallait suivre l'analyse précise et fouillée du Dr P. _____, relevant par ailleurs que la morsure de tique, survenue selon le Dr T. _____ à la fin du mois de juin 2016, était intervenue après les premiers troubles, soit dans le courant du mois de mai 2016 selon l'assurée.

C. Par acte du 10 mars 2017, C. _____ a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition du 7 février 2017, concluant à ce que l'effet suspensif lui soit accordé et à la réforme de la décision sur opposition attaquée en ce sens que la CNA prend en charge complètement les troubles subis des suites de la morsure de tique, notamment par le paiement d'indemnités journalières et la prise en charge des traitements

médicaux. Subsidiativement, la recourante a conclu à l'annulation de la décision sur opposition litigieuse et au renvoi du dossier à la CNA pour nouvelle instruction, notamment pour la mise en œuvre d'une expertise médicale, et pour qu'elle statue à nouveau sur la prise en charge de l'assurance-accidents. A l'appui de son écriture, la recourante invoque notamment que les examens sanguins ont effectivement révélé une borreliose. Elle indique que les examens réalisés en octobre 2016, soit près de cinq mois après la piqûre de tique, n'étaient pas en mesure de révéler clairement la *Borrelia*, détectable dans les deux à six semaines ou les cinq à douze semaines suivant la piqûre. S'agissant du tableau clinique, elle est d'avis que les symptômes dont elle souffre, à savoir des arthralgies diffuses, de la fatigue et des atteintes neurologiques (« spasmes »), n'ont pas été considérés sérieusement par le Dr P._____, qui aurait considéré, sans autre examen, que ces troubles n'étaient pas révélateurs de la maladie de Lyme. La recourante estime que le tableau clinique qu'elle présente ainsi que les analyses sanguines doivent conduire à admettre le lien de causalité naturelle entre la morsure de tique et ses troubles. La recourante requiert également la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en vue d'établir le tableau clinique.

Dans sa réponse du 23 août 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours, se référant aux éléments développés dans la décision querellée. Elle ajoute que selon le Dr P._____, les plaintes présentées par la recourante sont relativement vagues et ne correspondent à aucun tableau clinique spécifique d'une éventuelle maladie de Lyme. Pour la CNA, le Dr T._____ confirme ce point de vue puisqu'il affirme que les troubles de la recourante, soit de la fatigue et des arthralgies diffuses, n'ont pas de substrat anatomique et qu'il n'y a ainsi pas lieu de les attribuer à une maladie de Lyme secondaire. Elle relève également que la morsure de tique est intervenue après les premiers troubles. La CNA ajoute que l'affirmation de la recourante selon laquelle les examens sanguins d'octobre 2016 n'étaient pas en mesure de révéler clairement la *Borrelia* ne repose sur aucun élément médical et qu'elle ne peut se révéler probante du fait que la date du sinistre est incertaine. Pour l'intimée, l'appréciation du Dr P._____, aux termes de laquelle l'existence d'une

maladie de Lyme n'a été prouvée ni sur le plan clinique ni au regard des résultats de laboratoire, ne prête pas le flanc à la critique.

Dans sa réplique du 16 octobre 2017, la recourante a confirmé ses conclusions, réitérant en substance les arguments développés à l'appui de son recours. Elle précise qu'elle reproche au Dr P. _____ de ne pas avoir considéré sérieusement ses plaintes et de ne pas avoir établi de tableau clinique, contrairement à ce qu'exigent les recommandations de la Société suisse d'Infectiologie. Elle produit en outre le dossier médical du Dr Z. _____, ainsi qu'un courrier de ce médecin du 13 octobre 2017 adressé à son conseil. Dans ce document, le Dr Z. _____ explique qu'il a décrit un érythème en cible, lésion typique d'un érythème migrant. Il n'a effectué aucune analyse et introduit un traitement par doxycycline, en conformité avec les recommandations actuelles. Pour ce praticien, la résolution rapide de l'érythème après l'introduction de l'antibiothérapie alors que cette lésion évoluait depuis deux semaines parle aussi en faveur d'une maladie de Lyme. Le dossier médical contient en outre un rapport des consultations du Dr Z. _____, libellé comme suit :

« Consultation d'urgence du 01.07.2016 :

Anamnèse :

Depuis 15 jours, érythème au niveau du flanc gauche, marque centrale au départ s'agrandissant progressivement.

Va souvent en forêt, habite [...], bcp de tiques selon la patiente.

S/p maladie de lyme articulaire et neurologique, antibio 1 mois env 2000.

Allergie pénicilline

Status :

TAH : 138/85 Pouls : 74/min Température : 36.7° Saturation : 99%AA

Exa. cardiologique : 61-82 bf, pas de souffles audibles

Exa. pneumologique : MRS, pas de bruits surajoutés

Exa. gastro-entéro : ASI

Examen : érythème au niveau du flanc gauche, en cible env 3 x 8 cm

Diagnostic : probable érythème migrans

Attitude :

Cô tél + 10 jours

Médicaments :

DOXYCLINE cpr 100 mg 32 pce, 2 x/j 1-0-1-0 , pdt 2 sem.

Consultation téléphonique du 11.07.2016 :

Sous doxycycline, diminution et résolution de l'érythème en quelques jours.

Aurait développé une grande fatigue et des arthralgies de toutes les articulations, apparemment sans tuméfaction.

A consulté urgences [...], banalisé selon la patiente.

DD : polyarthralgie probablement comme symptôme d'accompagnement à l'érythème migrant

-> poursuite doxy -> J14

vous consulte ces prochains jours. »

L'intimée a confirmé ses conclusions le 7 novembre 2017.

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 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), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

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

83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01).

b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le présent litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé de la recourante ayant nécessité des traitements médicaux sont imputables à une maladie infectieuse, telle que la maladie de Lyme, occasionnée par la morsure de tique déclarée à l'intimée le 11 juillet 2016.

3. a) La modification de la LAA du 25 septembre 2015 est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017. Selon les dispositions transitoires (al. 1) y relatives, pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de cette modification et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit.

b) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA).

Selon la jurisprudence constante, la morsure de la tique du genre *Ixodes* présente toutes les caractéristiques de l'accident, 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. De plus, lorsqu'une lésion déterminée due à la morsure d'une tique du genre Ixodes existe et qu'une infection imputable aux germes véhiculés par celle-ci se manifeste, la transmission des germes se présume au degré de vraisemblance prépondérante requis (TF U 115/04 du 25 août 2014 consid. 2 et réf. cit.). Dans un arrêt de principe du 23 mai 1996 publié aux ATF 122 V 230, le Tribunal fédéral a retenu à l'égard de la maladie de Lyme que les signes de cette affection étaient très polymorphes (cutanés, cardiaques, ostéo-articulaires, neurologique), isolés ou associés entre eux, et que ses complications étaient également très polymorphes et trompeuses (poussées d'oligoarthrite [troubles articulaires isolés], arthrite chronique, troubles de la conduction cardiaque [bloc auriculo-ventriculaire], méningite lymphocytaire, paralysie faciale périphérique, paralysie des membres, encéphalite, myélite, acrodermatite chronique atrophiante) (consid. 2a).

c) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique 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 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er}

octobre 2009 consid. 2.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a).

d) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également 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 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et réf.cit. ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

e) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*status quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*status quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *status quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b).

Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la

suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

4. De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon 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. 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. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et réf. cit.; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi

longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé. En matière d'assurance-accidents plus particulièrement, le Tribunal fédéral a jugé qu'une valeur probante devait également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2.).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). 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_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des

preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

6. En l'occurrence, l'intimée ne conteste pas le fait que la recourante aurait été mordue par une tique, mais estime que les troubles présentés ne peuvent pas être rattachés au sens de la vraisemblance prépondérante à une éventuelle morsure de tique, raison pour laquelle les prestations de l'assurance-accidents ne pouvaient lui être allouées.

a) Dans sa réponse du 23 août 2017, l'intimée relève que la morsure de tique (survenue selon le Dr T. _____ à la fin juin 2016) est intervenue après les premiers troubles (courant du mois de mai 2016 selon la recourante). A cet égard, il convient de constater que dans sa déclaration d'accident-bagatelle LAA du 11 juillet 2016, la recourante a mentionné comme date de sinistre celle du 27 juin 2016 avec l'annotation suivante : « la date du sinistre est imprécise ». Le 4 août 2016, elle a complété à la demande de l'intimée un formulaire, précisant qu'elle ne savait pas vraiment quand elle avait été piquée et que c'était son mari qui avait vu une tache rouge dans le dos. Lors d'un entretien du 9 novembre 2016 à son domicile, la recourante a expliqué à un collaborateur de la CNA qu'elle était souvent en lisière de forêt avec sa chienne ou au jardin et que sa dernière ballade dans les forêts et prés de la région remontait au 27 juin 2016. Dans ce contexte, on ne saurait tirer aucune conclusion quant à la date précise de la morsure de tique, l'intéressée ayant uniquement fait état de grosses courbatures dans tout le corps dès le mois de mai 2016, puis d'une douleur aiguë à l'extérieur du pied gauche et enfin d'une tache rouge au milieu du dos découverte par son mari en juillet 2016 (cf. procès-verbal d'entretien du 9 novembre 2016). Dès lors, afin de déterminer l'existence ou non d'un lien de causalité naturelle entre la morsure de tique et les troubles dont se plaint la recourante, il convient de se pencher sur les renseignements d'ordre médical figurant au dossier.

b) Sur ce plan, l'intimée s'est référée aux appréciations médicales des 18 novembre et 16 décembre 2016 du Dr P. _____ lequel a pour l'essentiel fait état de plaintes relativement vagues ne pouvant être rattachées au sens de la vraisemblance prépondérante à une morsure de tique, faute d'arthrite visualisée et de maladie de Lyme secondaire, d'une sérologie pour *Borrelia Burgdoferi* entièrement négative lors du contrôle effectué le 11 octobre 2016 et du fait qu'en Suisse seul 5 à 30% de tiques sont infectées par la bactérie en Suisse.

Il convient toutefois de constater que tous les médecins consultés par l'intéressée dès l'été 2016 considèrent que leur patiente présente une maladie associée à une piqure de tique. Pour le Dr T. _____, C. _____ a développé une maladie de Lyme primaire, diagnostic confirmé selon lui par l'anamnèse, le status et la biologie (cf. ses rapports du 10 août et 28 octobre 2016). De son côté, le Dr I. _____ parle d'une encéphalopathie myalgique faisant suite à une piqure de tique (cf. son rapport du 14 novembre 2016). Quant au Dr Z. _____, il explique avoir décrit un érythème en cible, lésion typique d'un érythème migrant, et avoir prescrit un traitement antibiotique par doxycycline. Pour ce praticien, la résolution rapide de l'érythème après l'introduction de l'antibiothérapie alors que cette lésion évoluait depuis deux semaines parle aussi en faveur d'une maladie de Lyme (cf. son courrier du 13 octobre 2017).

Par ailleurs, force est de constater que sur le plan sérologique, les analyses du 20 juillet 2016 indiquent que la recourante a bel et bien été en contact avec la bactérie *Borrelia Burgdoferi*. Il ressort certes d'un prélèvement sanguin effectué le 11 octobre 2016 que le taux de Lymphocytes B était dans la norme et que le test Elispot réalisé ne mettait pas en évidence d'activation des Lymphocytes T spécifiques de la *Borrelia Burgdoferi*. Toutefois, il est expressément indiqué dans le rapport d'analyse du 20 octobre 2016 relatif à ce prélèvement que le test Elispot permet de détecter une activité cellulaire spécifique de la *Borrelia Burgdoferi* dans les deux à six semaines suivant la piqûre infestante et pendant les phases cliniquement actives en phase tardive disséminée.

L'Elispot se négative en principe cinq à douze semaines après un traitement antibiotique complet et se positive en cas d'échappement thérapeutique. Dans la mesure où la recourante a bénéficié d'un traitement antibiotique à base de doxycycline pendant un mois à partir du 1^{er} juillet 2016 (cf. rapport de consultation du Dr Z._____ du 1^{er} juillet 2016), puis de clarithromycine durant encore quinze jours, ces résultats n'apparaissent pas particulièrement étonnants, et surtout ne permettent pas encore d'exclure une maladie de Lyme.

Quant au volet clinique, si les symptômes ne correspondent pas, selon le Dr P._____, à un tableau clinique spécifique d'une éventuelle maladie de Lyme, il n'en demeure pas moins qu'un érythème, des arthralgies, de la fatigue ou encore des myalgies sont mentionnés dans les critères de diagnostic de la borréliose de Lyme publiés notamment par la Société suisse d'Infectiologie (cf. recommandations de la Société suisse d'Infectiologie, disponibles à l'adresse suivante : http://www.sginf.ch/files/1ere_parti_epidemiologie_et_diagnostic.pdf).

c) Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que le volet médical n'a pas été suffisamment instruit. D'une part, dans le contexte d'une potentielle affection complexe et dont les manifestations peuvent revêtir de nombreuses formes (cf. ATF 122 V 230 susmentionné consid. 2a), l'analyse du Dr P._____, qui n'est au demeurant pas infectiologue, n'apparaît pas suffisante pour se prononcer en l'état sur le lien de causalité entre les troubles annoncés et une maladie infectieuse occasionnée lors d'une morsure de tique, ni pour déterminer cas échéant si cette maladie provient de la morsure annoncée à l'été 2016 ou si elle est en lien avec la morsure datant d'il y a dix ans. On relèvera par ailleurs que de façon surprenante, le médecin-conseil de la CNA exclut la présence d'une maladie de Lyme tout en déclarant lui-même que « la situation n'est pas du tout claire » (cf. son appréciation médicale du 18 novembre 2016). D'autre part, les avis des Dr T._____, I._____ et Z._____ laissent subsister des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence de l'analyse du médecin de la CNA.

Le recours est par conséquent bien fondé.

7. L'intimée s'étant prononcée sur la base d'un dossier dont le volet médical est lacunaire, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à la CNA, à laquelle il appartient au premier chef de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Cette solution apparaît en outre la plus opportune dans le cas d'espèce. Il incombera dès lors à la CNA de procéder à un complément d'instruction, en mettant en œuvre une expertise auprès d'un spécialiste en infectiologie, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, si nécessaire, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cette expertise devra déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, si les troubles annoncés sont imputables à une maladie infectieuse, telle que la maladie de Lyme ou l'encéphalite virale, occasionnée par la morsure de tique déclarée par la recourante le 11 juillet 2016. Cas échéant, il appartiendra à la CNA de statuer à nouveau sur le droit aux prestations de la recourante.

8. Dans ce contexte, la demande de suspension des effets de la décision sur opposition entreprise est sans objet, à supposer qu'elle en ait eu un (cf. ATF 123 V 39 ; aussi BOUCHAT, L'effet suspensif en procédure administrative, thèse Lausanne 2015, p. 104 s).

9. a) Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires.

b) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés en l'espèce à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 7 février 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée et la cause renvoyée à ladite Caisse pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à C. _____ la somme de 2'000 fr (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Adrienne Favre (pour C. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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).

La greffière :