



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00  
tribunalcantonal@fr.ch  
www.fr.ch/tc

605 2017 300

## **Arrêt du 16 novembre 2018**

### **I<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

Composition	Président:	Marc Boivin
	Juges:	Marianne Jungo, Marc Sugnaux
	Greffière-stagiaire:	Melina Gadi

Parties

**A. \_\_\_\_\_, requérant,**  
contre  
**SUVA, autorité intimée**

Objet

Assurance-accidents - tique - maladie de Lyme et neuroborréliose -  
révision procédurale

Demande de révision du 5 novembre 2016 (605 2016 257 + 605  
2017 90) de l'arrêt de la I<sup>e</sup> Cour des assurances sociales du  
2 décembre 2015 (605 2014 275)

Reprise de la procédure, après second arrêt de renvoi du Tribunal  
fédéral du 20 décembre 2017 (8C\_586/2017)

## considérant en fait

A. Par arrêt du 2 décembre 2015 (605 2014 275), la I<sup>e</sup> Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours déposé le 17 novembre 2014 par A. \_\_\_\_\_, né en 1965, contre la décision sur opposition le 17 octobre 2014 émanant de la SUVA, qui lui niait le droit aux prestations de l'assurance-accidents suite à des morsures de tique.

La Cour avait en substance considéré, comme la SUVA, qu'un lien de causalité naturelle entre les morsures de tique et les différents troubles présentés à l'époque par l'assuré, bien qu'étant possible, ne pouvait encore être qualifié de probable: l'existence d'un tel lien n'était dès lors pas suffisamment établi, au degré de vraisemblance prépondérante requis, pour engager la responsabilité de l'assureur-accidents.

Contre cet arrêt, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal fédéral le 22 janvier 2016 (8C\_57/2016).

B. Le 5 novembre 2016, il a également saisi la Cour de céans d'une demande de révision du jugement qu'il contestait.

A l'appui de sa demande, il produisait un rapport établi le 8 septembre 2016 par la Dresse B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, psychiatrie et psychothérapie ainsi qu'en neuropathologie, posant le diagnostic d'une maladie de Lyme (neuroborréliose).

Dans un premier temps, la Cour de céans a transmis cet acte au Tribunal fédéral, comme objet de sa compétence.

Cette dernière autorité l'a au contraire enjoint à se prononcer, par ordonnance du 9 novembre 2016 émanant de sa lère Cour de droit social.

Dans le même temps, elle suspendait la procédure de recours pendante devant elle (8C\_57/2016).

C. Par arrêt du 9 janvier 2017 (605 2016 257), la Cour de céans a rejeté dite demande de révision dans la mesure de sa recevabilité.

Elle a en effet considéré que le rapport précité de la Dresse B. \_\_\_\_\_ s'apparentait à une appréciation différente des faits et qu'il n'était pas de nature à modifier l'état de fait établi à la base de son arrêt du 2 décembre 2015.

Contre cet arrêt, l'assuré a interjeté un nouveau recours auprès du Tribunal fédéral en date du 8 février 2017.

D. Par arrêt du 20 avril 2017 (8C\_120/2017), celui-ci annulé l'arrêt cantonal du 9 janvier 2017 et renvoyé la cause à la Cour de céans pour nouveau jugement.

La Haute Cour a en effet considéré que le rapport du 8 septembre 2016 de la Dresse B. \_\_\_\_\_ constituait « *indiscutablement un moyen de preuve nouveau propre à établir un fait pertinent par rapport aux éléments médicaux recueillis dans le cadre de la procédure principale* », dès lors « *qu'il rendait compte des résultats d'une ponction lombaire - examen qui n'avait pas été fait jusque là – attestant une infection active à *Borrelia burgdorferi* en lien avec les morsures de tiques survenues entre 2013 et 2014* ».

Elle soulignait à cet égard « *qu'il ne pouvait être reproché au recourant d'avoir attendu le 21 juin 2016 pour se soumettre à une ponction lombaire* » dans la mesure où les premiers médecins

avaient renoncé à réaliser un tel examen que le médecin-conseil de la SUVA jugeait pour sa part superflu dans le cadre de son appréciation du 19 septembre 2014.

E. Sur la base de ces dernières considérations, la Cour de céans a estimé dans un nouvel arrêt du 25 juillet 2017 (605 2017 90) qu'il y avait bien là un motif à réviser son premier jugement, admettant ainsi la demande de révision et modifiant son premier dispositif de rejet en une admission: elle reconnaissait désormais l'existence d'une relation de causalité naturelle et adéquate entre la morsure de tique et les troubles présentés par l'assuré, à savoir la maladie de Lyme et renvoyait la cause à la SUVA pour le service des prestations de l'assurance-accidents.

F. La SUVA saisit alors à son tour le Tribunal fédéral d'un recours, qui fut admis une nouvelle fois le 20 décembre 2017 (8C\_586/2017).

La lère Cour de droit social du TF estimait à cette occasion que la Cour de céans ne pouvait simplement se rallier aux conclusions de la Dresse B.\_\_\_\_\_, experte privée, dès lors que celles-ci demeuraient contestées par le médecin-conseil de la SUVA et que, à la lecture croisée de ces deux opinions médicales, « *il subsistait un doute à tout le moins léger quant au bien-fondé d'une infection active à la Borrelia burgfoderi à partir des valeurs trouvées à la suite de la ponction lombaire* ».

En présence de ces deux avis médicaux contradictoires, il s'agissait d'ordonner une expertise judiciaire pour les départager.

G. L'assuré a encore voulu faire annuler l'arrêt fédéral du 20 décembre 2017, mais ses écritures ont été déclarées irrecevables, tant sous l'angle du recours (arrêt du 18 janvier 2018 de la lère Cour de droit social 8F\_15/2017), que sous l'angle de la révision (arrêt du 6 février 2018 de la lère Cour de droit social 8F\_2/2017).

H. A la suite de quoi, reprenant la cause dans le sens du second arrêt de renvoi du TF, la Cour de céans a invité les parties à proposer trois experts.

Les choix des parties ne s'accordant pas, elle a décidé de mandater le service des maladies infectieuses du CHUV, sous la responsabilité du Prof. C.\_\_\_\_\_, lequel a finalement proposé que soit personnellement mandaté le Prof. assistant D.\_\_\_\_\_, médecin-chef.

Ce dernier spécialiste a examiné l'assuré et a rendu son rapport le 16 juillet 2018.

Les parties ont eu l'occasion de se déterminer sur le contenu de celui-ci.

Il sera fait état des arguments des parties, notamment formulés à l'endroit de ce dernier rapport d'expertise, dans les considérants de droit du présent arrêt.

## **en droit**

### 1.

Le présent arrêt fait suite à un second arrêt de renvoi, rendu le 20 décembre 2017 par le Tribunal fédéral (8C\_586/2017) et enjoignant la Cour de céans de statuer à nouveau sur la demande de révision, déposée par l'assuré le 5 novembre 2006, à l'encontre de l'arrêt cantonal du 2 décembre 2015 (605 2014 275).

2.

Selon l'art. 61 let. i de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

3.

En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident (art. 4 LPGA) professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

3.1. Dans un arrêt de principe (ATF 122 V 230), le Tribunal fédéral a reconnu le caractère accidentel d'une morsure de tique. Se référant à la littérature médicale, il a retenu qu'en Suisse, notamment, la tique était le vecteur de la maladie de Lyme, que les signes de cette maladie étaient très polymorphes (cutanés, cardiaques, ostéo-articulaires, neurologique), isolés ou associés entre eux, et que ses complications étaient 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).

4.

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 (arrêts TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.1, 8C\_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.1, 8C\_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3, et les références citées).

4.1. Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire 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 ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ibidem).

4.2. 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 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. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ibidem).

4.3. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ibidem).

5.

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1, 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4, et les références citées).

5.1. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. 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 (ibidem).

5.2. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 43/1996-1997 n°17 p. 83 consid. 2a; 39/1991 n°11 p. 99 et 100 consid. 1b; 38/1990 n°12 p. 67 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

5.3. De manière plus générale, sous l'angle des prescriptions relatives au fardeau de la preuve figurant au titre préliminaire du Code Civil (art. 8 du Code Civil suisse [RS 210; CC ]), en principe applicable à tout domaine juridique, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit.

Cette disposition doit toutefois s'interpréter, cas échéant, en tenant compte de l'art. 2 al. 2 CC, selon lequel l'abus manifeste d'un droit n'est pas protégé par la loi.

Ainsi, la partie qui, de façon intentionnelle, a supprimé ou a, de toute autre manière, empêché l'autre partie d'apporter une preuve abuse ensuite manifestement de son droit, si elle demande au tribunal le respect du fardeau de la preuve (art. 2 al. 2 CC). Dès lors, s'il ne peut se faire une conviction sur le fait allégué, le tribunal peut renverser le fardeau de cette preuve (cf. P. TERCIER

– P.-H. STEINAUER, le Titre préliminaire du Code civil et Droit des personnes, in *Traité de droit privé suisse*, Bâle, 2009, p. 270, no 717 et les références citées, notamment ATF 123 III 140).

6.

Demeure en l'espèce litigieuse, la révision formelle d'un précédent jugement rendu par la Cour de céans, qui fait actuellement l'objet d'une procédure de recours suspendue auprès du TF.

L'on rappellera pour mémoire que dit jugement considérait que la responsabilité de l'assureur-accidents ne pouvait être retenue, parce que la présence de la maladie de Lyme, respectivement d'une neuroborréliose, qui aurait été causée par des morsures de tiques, ne pouvait pas être établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

La Cour de céans avait néanmoins par la suite reconnu la présence d'une telle maladie et admis le recours, cela sur la base d'un nouveau rapport médical du 8 septembre 2016 émanant de la Dresse B.\_\_\_\_\_ et produit par l'assuré après avoir saisi le TF: cette nouvelle pièce, probante, étant, selon elle, susceptible de fonder motif à réviser son premier jugement.

C'est en tous les cas dans ce sens qu'elle avait interprété un premier arrêt de renvoi du 20 avril 2017, qui lui enjoignait de statuer sur la demande de révision en tenant compte de ce dernier nouveau moyen de preuve, ainsi qualifié par le TF, dès lors où il se fondait notamment sur le résultat d'une ponction lombaire qui n'avait pas été effectuée à l'époque.

Dans un second arrêt de renvoi, daté du 20 décembre 2017, le TF précisait toutefois que le rapport de la Dresse B.\_\_\_\_\_ qui constituait, certes, un nouveau moyen de preuve, n'en demeurait pas moins contesté par l'opinion du médecin conseil de la SUVA et qu'il fallait dès lors ordonner une expertise judiciaire pour trancher entre ces deux avis dont la contradiction faisait naître un doute « *à tout le moins léger quant au bien-fondé d'une infection active à la *Borrelia burgfoderi* à partir des valeurs trouvées à la suite de la ponction lombaire* ».

7.

La Cour de céans a dès lors mandaté le service des maladies infectieuses du CHUV, par l'entremise du Prof. assistant D.\_\_\_\_\_.

7.1. Ce dernier a tout d'abord procédé à une analyse de l'entier du dossier médical qui lui a été soumis, pour parvenir à cette conclusion préliminaire que les symptômes présentés par le recourant à partir du printemps 2014 étaient compatibles avec une neuroborréliose: « *A la lecture attentive du dossier médical et juridique du patient, il apparaît que la question préalable est de savoir si le patient a souffert d'une maladie de Lyme respectivement neuroborréliose en mai 2014 et dans les mois qui ont suivi. L'analyse des différentes pièces du dossier révèle que la symptomatologie était compatible avec une neuroborréliose* ».

Il a relevé que l'assuré avait été « largement » traité pour cette dernière maladie à partir de 2016: « *Depuis 2016, le patient a largement été traité pour une neuroborréliose comme documenté par les prescriptions d'antibiotiques multiples (prescrits surtout par la Dresse B.\_\_\_\_\_)* ».

Sur la base d'un bilan actualisé, il a pu constater que cette maladie n'était pour l'heure plus active: « *Le bilan effectué le 28.05.2018 comprenant une IRM et une ponction lombaire ainsi que les sérologies de Lyme dans le sang, le liquide céphalo-rachidien et une PCR du liquide céphalo-rachidien parle contre une neuroborréliose. Le patient doit donc être considéré comme guéri* ».

L'on peut retenir à ce stade avec lui, et cela n'est d'ailleurs nullement contesté, que la maladie est à tout le moins, pour l'heure, en rémission.

7.2. Sur la question qui demeure litigieuse, à savoir celle de la présence établie, à l'époque, d'une neuroborréliose, l'expert déclare que cela ne peut être confirmé, dans la mesure où aucune ponction lombaire n'avait été réalisée en 2014: « *L'absence de ponction lombaire à la phase la plus aiguë empêche de confirmer la neuroborréliose en 2014* ».

Ce qui donne à penser que la preuve de la présence d'une neuroborréliose chez l'assuré n'est « scientifiquement » pas rapportée.

En revanche, le fait que ce dernier ait été traité, précisément et « largement », pour cette maladie augmenterait, selon l'expert, la probabilité qu'il en ait été atteint: « *L'amélioration des symptômes sous ceftriaxone (Rocéphine) augmente la probabilité de ce diagnostic* ».

Les résultats des tests et analyses en laboratoire, produits à l'appui de l'expertise, démontrent par ailleurs les traces d'une ancienne infection: « *La sérologie positive est compatible avec une ancienne infection* ».

Dans l'ensemble, ces conclusions tendent à accréditer le rapport du 8 septembre 2016 de la Dresse B.\_\_\_\_\_, dont il s'agit ici de savoir s'il serait, comme nouveau moyen de preuve, susceptible d'amener la Cour de céans à réviser son premier jugement et à reconnaître la responsabilité de l'assurance-accidents.

Dans le droit sens du second arrêt de renvoi du TF, qui invite la Cour de céans à départager les avis de la Dresse B.\_\_\_\_\_ et du médecin-conseil de la SUVA, le Dr E.\_\_\_\_\_, il sied, cela étant, de revenir sur ceux-ci.

8.

8.1. Dans son rapport du 8 septembre 2016, la Dresse B.\_\_\_\_\_ exposait ce qui suit.

8.1.1. Elle revenait tout d'abord sur la problématique et l'apparition des différents symptômes, compatibles selon elle avec une neuroborréliose: « *Le patient a toujours vécu dans la nature et a eu beaucoup de piqûres de tique dans sa vie. Entre 2013 et 2014 il en a eu 4, dont deux avec érythème migrant. Apparition 4 à 8 semaines après la piqûre de l'automne 2013 d'une arthrite des genoux et des douleurs articulaires migrantes et fluctuantes des membres inférieures et supérieures, des fourmillements des mains et des avant bras, une hypersensibilité aux bruits et aux odeurs ainsi qu'un sifflement dans la tête. Le patient présentait aussi des malaises typiques pour une atteinte temporo-basale interne que l'on peut aussi voir lors de l'inflammation ou des infections à la base du cerveau, y inclus la maladie de Lyme. Une atteinte de la région temporale interne, particulièrement de l'uncus et des régions corticales adjacentes du cortex entorhinal et du gyrus parahippocampalis entraînent souvent une exacerbation du sens de l'odorat et des émotions comme la peur ou crise de panique, et des phénomènes de la mémoire comme une illusion de déjà vu ou de jamais vu que le patient a spontanément communiqué dans son anamnèse. L'examen neurologique montre une anisocorie avec une pupille plus large à G qu'à D. Les examens neurocognitifs révèlent des légers troubles de la concentration et de la mémoire à court terme. Ces symptômes cliniques sont compatibles avec une neuroborréliose de Lyme* ».

8.1.2. Elle a ainsi retenu le diagnostic d'une maladie de Lyme ayant évolué en une telle neuroborréliose, relevant à cet égard la présence dans le sang d'anticorps typiques: « *Diagnostics: Maladie de Lyme. Neuroborréliose active phase 3 avec protéinorachie, augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique et présence d'anticorps anti-Borrelia burgdorferi dans le liquide céphalorachidien sans synthèse intrathécale d'anticorps* ».

Elle expliquait au passage la différence entre la maladie de Lyme et la neuroborréliose, cette dernière constituant en une complication neurologique issue de la première et se décelant par des analyses en laboratoire: « *Le diagnostic de neuroborréliose fait référence aux complications neurologiques de la maladie de Lyme et a été défini en Europe selon les critères de l'European Federation of Neurological Societies (EFNS) (Mygland et al., 2010). Les critères diagnostiques de neuroborréliose de Lyme doivent se baser sur l'ensemble du tableau clinique et des résultats de laboratoire* ».

Le diagnostic de la Dresse B. \_\_\_\_\_ était fondé sur la base de telles analyses, effectuées sur la base d'un prélèvement par ponction lombaire: « *La sérologie pour *Borrelia sp.* (Unilabs) montre un IgG élevé, des immunoblots IgG et IgM positifs, et un IgG anti-VlsE élevé, indiquant une infection active à *Borrelia burgdorferi*. Ces résultats positifs ont été confirmés dans le laboratoire de référence de ICVH. Le Western blot IgG montré la présence de 6 bandes spécifiques pour *Borrelia burgdorferi* si: p19, OspC, p30, OspA, p83 et VlsE et le Western blot IgM montre la présence de la bande spécifique de OspC. Une maladie de Lyme active est donc confirmée, non seulement selon les normes suisses mais aussi selon les critères du « Center for Diseases Control (CDC) » et les critères diagnostiques de « Infectious Disease Society of America (IDSA) ».*

La spécialiste commentait ces analyses dans le détail pour qualifier la neuroborréliose d'active certes, mais dans sa phase tardive: « *Une ponction lombaire effectuée chez notre patient le 21.06.2016 montre un liquide céphalorachidien clair, sans élévation du nombre des leukocytes et avec une répartition cellulaire à prédominance lympho-monocytaire. Présence d'une protéinorachie à 710 mg/L (150-450), une élévation de l'albumine à 495 mg/L (120-367) et un quotient d'albumine élevé à 10.1. Déterminer une neuroborreliosis active nécessite de combiner les résultats sérologiques avec des tests moins spécifiques mais démontrant une inflammation active du système nerveux central comme par exemple une pleocytosis et/ou une protéinorachie du LCR. Le taux élevé de *Borrelia burgdorferi* IgG dans le LCR: 0.14 (<0.02), associé avec une protéinorachie et une augmentation de la perméabilité de la barrière hématoencéphalique malgré l'absence de synthèse intrathécale d'anticorps indiquent que le patient souffre d'une neuroborréliose active de la phase tardive. A noter que dans cette phase tardive le nombre de cellules dans le LCR peut être normal* ».

Elle indiquait à cet égard que toutes les investigations n'avaient pas été réalisées immédiatement après la transmission de la maladie et laissait entendre que les médecins étaient partis au départ sur une fausse piste, l'assuré n'ayant ainsi pu être traité de manière appropriée pendant plus d'une année. Par la suite, l'installation d'un traitement à base de Rocéphine avait entraîné une amélioration: « *Des investigations après les piqûres de tiques n'ont pas été effectués jusqu'à son hospitalisation en mai 2014 suite à une suspicion d'AVC/AiT avec faiblesse et paresthésie de l'hémicorps G, troubles de Pélocution et vision floue. Le diagnostic de « Déficit neurologique atypique idiopathique et suspicion de sclérose en plaque (SEP) versus syndrome de conversion » a été retenu. C'est durant cette hospitalisation que la sérologie pour *Borrelia burgdorferi* a été effectuée pour la première fois et les résultats obtenus ont été interprété comme une borréliose ancienne. Il est important de souligner que le patient n'a pas reçu de traitement pendant plus d'une année après la piqûre de tique avec érythème et après l'apparition des premiers symptômes neurologiques. Un traitement de Doxycycline 2x1 cpr de 100 mg a été tenté le 31.07.2014 pour suspicion de neuroborréliose basée sur le tableau clinique mais qui a dû être stoppé après une semaine à cause de l'apparition de symptômes cardiaques. A cause de l'aggravation du tableau clinique, compatible avec une neuroborréliose le patient a reçu du Rocéphine iv pendant*



*3 semaines entre le 10.08.2014 et le 03.09.2014 - 1g? 2g? Les symptômes et les malaises montraient une amélioration sous traitement ».*

Elle rendait également compte du type de difficultés auxquels finissaient par être confrontés les patients non traités: *« Un traitement insuffisant facilite la persistance de Borrelia et le développement de la neuroborréliose tardive. Le diagnostic doit être basé non seulement sur les symptômes cliniques, mais aussi sur les résultats sérologiques et l'examen du LCR. La neuroborréliose de Lyme doit être traitée avec des antibiotiques pour obtenir une résolution rapide des symptômes et éviter la propagation et la persistance de l'infection afin de prévenir une méningoencéphalite subaiguë et chronique. Dans la majorité des cas d'encéphalomyélites chroniques non traitées il n'y a pas de rémission, il est donc important d'instaurer un traitement approprié le plus tôt possible ».*

8.1.3 La Dresse B.\_\_\_\_\_ parvenait finalement à la conclusion de l'existence d'un lien de causalité entre la morsure de tique et l'apparition des symptômes compatibles avec la neuroborréliose, en d'autres termes, avec cette dernière maladie finalement diagnostiquée: *« Dans le cas de notre patient, la morsure de tique avec érythème en automne 2013 et l'apparition des symptômes cliniques et neurologiques fin 2013 confirment un lien direct entre la morsure de tique et l'apparition des symptômes compatibles avec une neuroborréliose ».*

8.1.4. En conséquence de quoi, elle avait ordonné le traitement adéquat pour lutter contre cette dernière atteinte: *« Le patient a reçu du Co-Amoxicillin 625 mg 3x1 cpr/j pendant 1 mois et du Valtrex 500 mg 2x1 cpr par jour pendant 5 jours. Un traitement de Doxycycline et de Ganciclovir pour le CMV sont prévus ».*

8.1.5. Dans son rapport d'expertise, le Prof. D.\_\_\_\_\_ fait pour sa part le lien entre ce dernier traitement et la guérison constatée aujourd'hui, soit deux ans plus tard, pour décrier que cela augmentait encore la probabilité de l'existence, à l'époque, d'une telle maladie chez l'assuré.

Les récentes analyses effectuées en 2018 paraissent d'ailleurs achever de démontrer la présence d'une atteinte ancienne, notamment les résultats des analyses effectuées par le laboratoire de microbiologie ADMED à La-Chaux-de-Fonds à la demande du CHUV et produits à l'appui de l'expertise du Prof. D.\_\_\_\_\_ qui font notamment état *« d'un test de dépistage positif à la Maladie de Lyme »* ainsi que d'une *« forte suspicion de Borréliose de Lyme, plutôt ancienne ».*

Ce qui est également corroboré par les résultats du laboratoire d'analyse médicale Unilabs Valais Michaud, mandaté récemment par la Dresse B.\_\_\_\_\_: ces résultats attestent bien de valeurs positives concernant la maladie de Lyme.

8.2. Les médecins-conseils de la SUVA contestent tout cela.

8.2.1. Dans son précédent jugement du 2 décembre 2015, aujourd'hui entrepris sous l'angle de la révision, la Cour de céans avait résumé les propos du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie:

*« (...) Le Dr E.\_\_\_\_\_ explique que "les IgM appartiennent à une classe d'anticorps qui sont produits plus tôt, lors de la phase précoce d'une réponse immunitaire; par contre, les IgG sont formés plus tardivement au cours de l'évolution, mais ils persistent plus longtemps. Par conséquent, si on les envisage isolément, les résultats des examens de laboratoire (...) plaident plutôt en faveur d'une réaction immunologique ancienne avec Borrelia burgdorferi. Rappelons d'ailleurs que le Centre de laboratoires médicaux (...) et le laboratoire médical Promed (...) avaient interprété l'un et l'autre ces résultats comme l'expression d'une « cicatrice sérologique »". Le Dr E.\_\_\_\_\_ relève en outre que, "selon les résultats des examens sérologiques, les titres des*

*anticorps ne se sont pas véritablement modifiés entre les mois de mai et d'octobre 2014, alors que les troubles cliniques de l'assuré variaient beaucoup durant cette période. Cette observation plaide aussi en défaveur d'un lien de causalité des troubles de l'assuré avec une borréliose". Il conclut que "ce dosage d'anticorps ne permet pas d'établir de différence entre une maladie ayant eu lieu dans le passé et une affection persistant encore à l'heure actuelle" (cf. appréciation neurologique du 19 février 2015, dans sa traduction française produite en cours de procédure), précisant que "les anticorps anti-borréliens peuvent persister pendant des années après une infection active" (cf. appréciation neurologique du 30 avril 2015, produite en cours de procédure).*

*S'agissant précisément du tableau clinique, le Dr E.\_\_\_\_\_ explique que "les symptômes typiques d'une neuroborréliose sont constitués par des paralysies nerveuses périphériques, par des radiculites et aussi des myélites, mais plus rarement" (cf. appréciation neurologique du 19 septembre 2014, dans sa traduction française produite en cours de procédure). Il précise qu'"après une morsure de tique, une tache rougeâtre caractéristique se développe à l'endroit même de la piqûre dans un laps de temps de quelques jours. Cette première manifestation cutanée d'une borréliose est fréquente, sans être obligatoire pour autant; elle porte le nom d'érythème chronique migrant. Au bout de quelques semaines, des systèmes d'organes spécifiques tels que le système nerveux, le cœur ou les articulations peuvent être affectés, dans le contexte d'une dissémination bactérienne hématogène et d'une réponse immunologique systémique. Les manifestations neurologiques de la borréliose portent le nom de neuroborréliose (...). Elles sont caractérisées par des atteintes des nerfs crâniens, des nerfs rachidiens ou des nerfs périphériques (polyradiculonévrite ou syndrome de Garin-Bujadoux-Bannwarth). Les atteintes neurologiques centrales pures sont beaucoup plus rares et apparaissent plutôt tardivement. Une neuroborréliose apparaît typiquement sous forme d'inflammation à progression lente de la moelle épinière (myélite) avec troubles de la marche et des fonctions excrétrices" (cf. appréciation neurologique du 19 février 2015, dans sa traduction française produite en cours de procédure).*

*Cela étant, le Dr E.\_\_\_\_\_ constate que, "parmi les syndromes susmentionnés, aucun n'a été décrit chez l'assuré. (...). Par conséquent, l'assuré n'a pas souffert d'une des manifestations fréquentes ou caractéristiques d'une borréliose à partir du mois de mai 2014", relevant que "les douleurs et les contractures musculaires, la fatigue chronique, les douleurs nerveuses récurrentes, les troubles cardiaques, les syncopes, les troubles de la mémoire et les troubles de la concentration ne représentent justement pas des symptômes typiques d'une borréliose, mais ils apparaissent dans le contexte de dépressions, de troubles somatoformes et de nombreuses maladies relevant de la médecine interne". Il ajoute que "dans le cas de l'assuré, le tableau clinique avait été particulièrement multiforme et non spécifique du mois de mai au mois d'août 2014 (...). En outre, les symptômes ne se traduisaient pas par des modifications objectives à l'examen clinique, en partie du moins, et ils n'avaient aucune corrélation avec les examens d'imagerie qui étaient normaux" (cf. appréciation neurologique du 19 février 2015, dans sa traduction française produite en cours de procédure) ».*

En substance, le Dr E.\_\_\_\_\_ estimait, d'une part, que les traces d'une borréliose ancienne n'étaient pas déterminantes et, d'autre part, que les symptômes présentés par l'assuré n'évoquaient pas une manifestation « typique » d'une telle maladie.

Si la Cour de céans s'était alors notamment fondée sur cette dernière opinion pour parvenir à la conclusion que la responsabilité de l'assurance-accidents ne pouvait s'établir au degré de la

vraisemblance prépondérante, c'était avant que ne soit produit le rapport de la Dresse B.\_\_\_\_\_.

8.2.2. Dans une nouvelle prise de position du 6 octobre 2016, le Dr E.\_\_\_\_\_ a critiqué les conclusions de cette dernière spécialiste, estimant que ni l'examen effectué, ni les signes cliniques relevés par elle n'étaient spécifiques ou pour le moins typiques d'une neuroborréliose chronique ou tardive.

Mais le TF a toutefois considéré que ce nouvel avis, à l'instar du reste du rapport de la Dresse B.\_\_\_\_\_, n'était en soi pas décisif, sans quoi il n'eût pas enjoint la Cour de céans d'ordonner encore une expertise sur la question.

8.2.3. Un second médecin-conseil de la SUVA, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, s'est plus récemment prononcé, dans le cadre de la présente procédure.

Il soutient, pour l'essentiel, qu'il n'y avait alors pas de maladie active en 2014, et qu'il n'y en aurait plus non plus en 2018: *« Le Dr E.\_\_\_\_\_ a étayé son appréciation au moyen des constatations de l'immuno-sérologie des 14.8.2014, 08.10.2014 et 15.6.2016 ainsi que d'un diagnostic du liquide céphalo-rachidien du 21.06.2016, sans oublier les résultats d'examens cliniques documentés. Conformément à l'interprétation des résultats de laboratoire développée par le «Labormedizinsches Zentrum» du Dr Risch et le laboratoire Promed SA de Marly, le Dr E.\_\_\_\_\_ a estimé que les constatations de l'immuno-sérologie des 14.8.2014 et 08.10.2014 constituaient une cicatrice sérologique, c'est-à-dire que les constatations plaidaient en faveur d'une ancienne confrontation immunologique à l'agent pathogène Borrelia burgdorferi. Une infection active causée par Borrelia burgdorferi ne pouvait dès lors déjà pas être supposée en août 2014. Les contrôles d'immuno-sérologie effectués depuis lors fournissent systématiquement des ensembles d'observations largement inchangés, de sorte qu'aucun nouvel élément ne se révèle quant à l'activité de l'affection. Les examens actuellement sollicités par le Tribunal des assurances et réalisés sous la houlette du Prof. D.\_\_\_\_\_ en date du 28.5.2018 ont mis en exergue un ensemble d'observations d'immuno-sérologie inchangé par rapport aux constatations antérieures ».*

Il omet toutefois de personnellement se prononcer sur le rapport de la Dresse B.\_\_\_\_\_, qui est parvenue à une toute autre conclusion entre ces deux moments, à savoir en 2016.

Pour le reste, le Dr F.\_\_\_\_\_ apporte un éclairage théorique au débat, fondé sur une interprétation de la littérature scientifique.

Tout cela le conduit à finalement décréter que *« Les explications peu détaillées du Prof. D.\_\_\_\_\_ datées du 16.07.2018 ne convainquent pas et ne fournissent aucun argument soulevant des doutes envers les conclusions des appréciations antérieures détaillées établies par le Dr E.\_\_\_\_\_ ».*

Ses considérations ne font toutefois que relayer les conclusions de son confrère et de pointer les symptômes, qui ne constitueraient pas une manifestation caractéristique de la maladie: *« En date du 19.9.2014, le Dr E.\_\_\_\_\_ en est arrivé à la conclusion selon laquelle les troubles présentés par l'assuré entre mai et août 2014 ne se sont à aucun instant avérés caractéristiques d'une neuroborréliose et que des «anticorps anti-Borrelia» ont uniquement été mis en exergue dans le sérum »* (appréciation neurologique du 9 septembre 2018).

9.

Sur la base de ces nouveaux éléments médicaux, la Cour de céans est à présent amenée à trancher en tenant compte des règles sur le fardeau de la preuve.

L'on précisera d'emblée que la question n'est pas ici de savoir si l'assuré est ou non encore atteint en 2018 de la maladie de Lyme, respectivement de la neuroborréliose, mais bien plutôt si, disposant du rapport de la Dresse B. \_\_\_\_\_ du 8 septembre 2016, analysé à la lumière des autres rapports produits par la suite dans le cadre de la présente procédure, la Cour de céans serait parvenue, à l'issue de son précédent jugement, à une autre conclusion que celle d'un rejet du recours.

Ce qui revient à tenter de déterminer si l'assuré était ou non atteint au moment où la SUVA a rendu sa décision sur opposition du 17 octobre 2014.

9.1. Force est de constater qu'il existe en l'espèce tout un faisceau d'indices concordants, permettant d'admettre que cela avait bien été le cas.

Au départ, il y a bien sûr le rapport du 8 septembre 2016 de la Dresse B. \_\_\_\_\_, qui est non seulement une spécialiste en neurologie, comme les deux médecins-conseils de la SUVA, mais qui se trouve également disposer de connaissances spécialisées en psychiatrie et en psychothérapie, ainsi qu'en neuropathologie, et dont l'approche du cas peut dès lors apparaître comme plus globale que celle des médecins-conseils de la SUVA.

Ses explications particulièrement fouillées, claires et détaillées, répondent manifestement aux exigences dégagées par la jurisprudence en matière de preuve, le premier arrêt de renvoi du TF le laissant du reste implicitement entendre, sans quoi la présente procédure en révision n'aurait aucune raison d'être.

Les conclusions de la Dresse B. \_\_\_\_\_ se fondent sur des résultats, analysés en laboratoire, d'une ponction lombaire lui ayant permis de conclure à l'existence d'une maladie de Lyme, sous la forme engendrée par les complications d'une neuroborréliose, dans une phase active, mais tardive. Elle retenait, du même coup, un « lien direct » entre celle-ci et les morsures de tiques subies.

Les résultats de ces examens permettent d'établir, au-delà même du simple possible, l'existence à l'époque, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'une neuroborréliose dans un contexte de morsures de tiques et cela emporte, de facto, la reconnaissance du lien de causalité qui ne pouvait alors être établi.

Si le rapport d'expertise du Prof. D. \_\_\_\_\_ apparaît, certes, à première vue moins détaillé, cela s'explique aussi par le fait qu'il a eu à se prononcer quatre ans après la survenance de la maladie.

Il n'en demeure pas moins que le résultat de la nouvelle ponction lombaire que ce second spécialiste a fait pratiquer lui a permis de dire, sur la base, qui plus est, du dossier et au vu des symptômes décrits dans les rapports qui lui ont été soumis, que l'assuré avait probablement été atteint d'une maladie de Lyme à l'époque, dont le traitement idoine avait fini par entraîner la guérison.

L'on doit ainsi considérer que le Prof. D. \_\_\_\_\_ fait également état, en l'espèce, d'un faisceau d'indices concordants susceptible d'étayer les thèses de l'assuré.

Au final, la présence à l'époque, d'une maladie de Lyme ayant évolué en une neuroborréliose après morsures de tiques est bien plus que simplement « possible »: il s'agit désormais, comme

l'on peut le déduire du rapport d'expertise du Prof. D. \_\_\_\_\_, expert dont l'impartialité ne saurait être mise en cause et qui dispose au demeurant d'une grande expérience dans le domaine des maladies infectieuses, d'un cas de figure à la « probabilité augmentée ».

9.2. A côté de cela, les explications des médecins-conseils neurologues de la SUVA ne sauraient remettre en cause les résultats des laboratoires, qui attestent de la présence, active à l'époque, ancienne aujourd'hui, de la maladie de Lyme, respectivement d'une neuroborréliose.

Ces derniers spécialistes admettent par ailleurs que l'assuré a été atteint à l'époque d'une maladie de Lyme et ne contestent pas qu'il a également été mordu par des tiques. Ils consentent toutefois uniquement à reconnaître les traces de séquelles anciennes ainsi causées, lesquelles ne seraient toutefois pas encore de nature, selon eux, à établir la responsabilité de la SUVA.

Ce dernier constat, implicitement formulé, ne repose sur rien et paraît, sur le principe même, contraire à la jurisprudence applicable en la matière qui, au final, entraîne la reconnaissance, comme un accident, de la propagation d'une neuroborréliose via morsures de tiques.

A côté de cela, les avis des médecins-conseils reposent essentiellement sur l'observation des manifestations des symptômes subis par l'assuré, qualifiées de « non caractéristiques ».

Les suivre dans ce raisonnement équivaldrait à systématiquement refuser la prise en charge d'une maladie de Lyme qui se distingue précisément, la jurisprudence le retient d'ailleurs, par le côté « atypique et polymorphe » de ses nombreuses manifestations, que la Dresse B. \_\_\_\_\_ et le Prof D. \_\_\_\_\_ ont pour leur part estimé, dans le cas du recourant, compatibles avec un tel diagnostic.

L'on ne saurait soutenir, comme les médecins-conseils de la SUVA, que les symptômes d'une maladie de Lyme, respectivement d'une neuroborréliose, puissent être « caractéristiques ». Cela reviendrait en effet à ériger, au degré de l'impossibilité, l'exigence de la preuve de l'existence d'une maladie de Lyme, cette « grande imitatrice » comme semble d'ailleurs l'appeler les médecins (cf. rapport du rapport du 31 mars 2015 de la Dresse G. \_\_\_\_\_, rédigé sous forme d'un courriel).

Quoi qu'il en soit, et aussi longtemps que la jurisprudence considèrera que la transmission de la maladie de Lyme par morsure de tique est assimilable à un accident, un tel refus systématique ne saurait se justifier.

9.3. L'on relèvera enfin le passage suivant du rapport de la Dresse B. \_\_\_\_\_: « *Au cours des dernières années, le nombre de maladies transmises par les tiques, dont les conséquences peuvent être graves, a augmenté (Meylan et al., 2013). Selon l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 5 à 50% des tiques sont porteuses du spirochete *Borrelia burgdorferi*, l'agent infectieux de la maladie de Lyme. Le risque d'être mordu par des tiques est particulièrement présent au printemps et en automne. L'assuré a été piqué en automne* ».

Si l'on peut aisément comprendre, à la lecture de cet extrait, que la SUVA n'ait pas intérêt à ce que ce type de maladie - dont le risque de transmission en augmentation constante est en passe, dès lors, de devenir un phénomène ordinaire - continue à engager à l'avenir la responsabilité de l'assurance-accidents, cela ne saurait pour autant préteriter pour l'heure l'assuré, qui n'en peut mais.

10.

La SUVA considère, malgré tout ce qui précède, que la preuve de l'existence d'une maladie de Lyme ou d'une neuroborréliose, respectivement du lien de causalité entre celles-ci et les morsures de tiques, n'est pas rapportée.

Les dernières conclusions du Prof. D. \_\_\_\_\_ n'auraient, selon elle, aucune valeur probante.

Cela ne saurait toutefois, comme elle pense, aucunement se déduire de la concision du rapport d'expertise judiciaire, qui se fonde, comme il a été dit, sur les résultats et tests sanguins issus d'une nouvelle ponction lombaire ne sachant être contestés sur le principe, d'autant moins par une autorité qui, à l'époque, n'avait pas estimé nécessaire d'en ordonner une.

Sur ce dernier point d'ailleurs, et toutes les parties s'accordent à le dire, y compris le TF dans son premier arrêt de renvoi, seule une ponction lombaire serait en mesure de rapporter la preuve « scientifique » de l'existence d'une telle atteinte.

La Dresse B. \_\_\_\_\_ l'a rappelé: « *Effectuer une ponction lombaire et l'examen du LCR est obligatoire pour le diagnostic d'une neuroborréliose de Lyme, mais aussi pour exclure une sclérose en plaques* ».

Or, les propres médecins-conseils de la SUVA ont estimé à l'époque qu'une telle expertise était contre-indiquée: la SUVA porte ainsi une part de responsabilité dans l'échec de la preuve au plan scientifique, dont elle se prévaut aujourd'hui.

Sous cet angle, il y aurait là comme un abus de droit (au sens de l'art. 2 al. 2 CC) et la Cour de céans serait habilitée à renverser le fardeau de la preuve.

On ne saurait par ailleurs faire supporter ici, qui plus est dans le cadre d'un contentieux où les faits s'établissent en vertu du degré de la vraisemblance prépondérante, l'échec de cette preuve « scientifique » à l'assuré. Il ne peut en effet, comme l'a précisément souligné le TF dans son premier arrêt de renvoi, lui être reproché d'avoir attendu le mois de juin 2016 pour se soumettre à une ponction lombaire.

Il apparaît, dès lors, à la lumière des nouveaux éléments qui viennent d'être discutés et confrontés au dossier médical existant à l'époque, que le jugement de la Cour de céans du 5 novembre 2016 doit aujourd'hui être révisé, sur la base d'un faisceau d'indices concordants et probants.

La SUVA continue à suggérer que les troubles présentés par l'assuré pourraient avoir une origine psychique, ou s'expliquer par la présence d'une tumeur.

Les nouvelles explorations médicales réalisées au CHUV paraissent exclure la première hypothèse: « *Sur le plan de l'examen psychiatrique, le patient ne présente pas de pathologie, ni de diagnostic actifs* » (rapport d'expertise du Prof. D. \_\_\_\_\_). Quant à la seconde, elle paraît tout de même assez peu probable au vu du contexte hypothétique, d'emblée relevé à ce niveau-là par le CHUV: « *Enfin, sur le plan de l'imagerie IRM, une lésion déjà connue dans le passé arrondie para hippocampique droite est visualisée. L'étiologie de cette lésion demeure pour l'instant purement hypothétique (tumeur bénigne ?) mais non caractéristique d'une maladie de Lyme* » (rapport précité).

Que les nombreux symptômes qui se sont manifestés chez l'assuré aient été occasionnés par des troubles psychiques ou une tumeur bénigne, alors même que des analyses ont fait état de la présence, à l'époque, d'une maladie de Lyme, respectivement d'une neuroborréliose, celle-ci

compatible avec les symptômes observés - ce que ne nie d'ailleurs pas la SUVA qui n'exclut pas formellement la présence d'une telle atteinte -, cela paraît d'emblée difficile à établir.

On relèvera à cet égard que tous les médecins qui ont pratiqué des analyses (à savoir, non seulement la Dresse B. \_\_\_\_\_ et le Prof. D. \_\_\_\_\_, mais également, à l'époque, la Dresse G. \_\_\_\_\_) sont parvenus à la conclusion de la présence chez l'assuré de la maladie de Lyme, respectivement d'une neuroborréliose, ce qui permet de retenir la présence de celle-ci comme établie au-delà de la simple possibilité, à savoir au degré de la vraisemblance prépondérante.

Ces dernières constatations, pour autant que déterminantes dans le cadre d'une procédure en révision formelle, ne permettent pas de laisser penser qu'il faille libérer l'assurance-accidents de ses obligations vis-à-vis de l'assuré.

11.

Il découle de tout ce qui précède que la demande de révision de l'arrêt cantonal du 2 décembre 2015 (605 2014 275) est admise.

Le dispositif dudit arrêt est, partant, modifié en ce sens que le lien de causalité naturelle et adéquate entre la morsure de tique et les troubles présentés par l'assuré, à savoir la maladie de Lyme, respectivement la neuroborréliose, est reconnu en tant que condition du droit aux prestations de l'assurance-accidents, et que la cause doit dès lors être renvoyée à la SUVA pour nouvelle décision.

Il incombe en effet désormais à cette dernière d'entrer en matière sur le service des prestations de l'assurance-accidents obligatoire.

Si, d'après le CHUV, l'assuré paraît aujourd'hui être guéri, ou à tout le moins en rémission, et ne plus présenter d'actuelle incapacité de travail, la Cour de céans relève que ce dernier n'en a pas moins paru empêché à l'époque.

La Cour rappelle avoir constaté, dans son arrêt révisé, qu'il avait dans un premier temps été mis au bénéfice d'une incapacité de travail totale dès le 6 juin 2014. En outre, tant dans sa demande de révision du 5 novembre 2016 que dans sa détermination du 20 juin 2017, l'assuré a allégué continuer à être en arrêt de travail total depuis le 6 juin 2014.

Il incombera à la SUVA, si nécessaire et en dernier ressort, d'éclaircir ce point précis avant de prester.

12.

En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (cf. art. 61 let. a LPG), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué d'indemnité de partie, l'assuré n'étant pas représenté.

(dispositif en page suivante)

## la Cour arrête:

I. Le demande de révision du 5 novembre 2016 est admise.

Partant, le dispositif de l'arrêt (605 2014 275) du 2 décembre 2015 de la 1<sup>e</sup> Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est modifié comme suit:

*"I. Le recours du 17 novembre 2014 est partiellement admis et la décision sur opposition du 17 octobre 2014 est modifiée en ce sens que le lien de causalité naturelle et adéquate entre la morsure de tique et les troubles présentés par l'assuré, à savoir la maladie de Lyme, respectivement, la neuroborréliose, est reconnu en tant que condition du droit aux prestations de l'assurance-accidents.*

*La cause est renvoyée à la SUVA pour le service des prestations de l'assurance-accidents obligatoire au sens des considérants, moyennant une nouvelle décision."*

II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué d'indemnité de partie.

III. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 16 novembre 2018/mbo

Le Président:

La Greffière-stagiaire: