

S2 19 77

JUGEMENT DU 6 AVRIL 2020

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Thomas Brunner et Christophe Joris, juges ; Mireille Allegro, greffière

en la cause

X_____, recourant, représenté par M_____,

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),
intimée

(lien de causalité ; maladie de Lyme stade III)

Faits

A. X_____, né le 10 juin 1985, a travaillé comme peintre en bâtiment au sein de l'entreprise A_____ du 16 mars au 30 novembre 2015 et du 1^{er} février au 31 octobre 2016 (pièce 2). A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la CNA.

B. Le 4 octobre 2017, il a annoncé à la CNA qu'il s'était fait mordre par une tique le 29 mars 2015 au niveau de l'aîne droite, lors d'une balade en forêt, et qu'il était en incapacité de travail à 30% depuis le 4 octobre 2017 selon certificat médical du Dr B_____ (pièces 1 et 3). L'employeur a précisé à la CNA qu'à l'époque, son employé ne lui avait rien annoncé et n'avait pas été en incapacité de travail ; il a ajouté que selon les informations reçues début octobre 2017 de l'employé, ce dernier s'était simplement rendu en pharmacie pour faire contrôler la morsure (pièces 2 et 16).

Dans son rapport du 9 octobre 2017, le Dr B_____ a expliqué que depuis juillet 2017, l'assuré souffrait de douleurs périnéales atypiques dans un contexte d'asthénie inhabituelle et qu'il se souvenait d'avoir été mordu par une tique en mars 2015 avec une rougeur péri-lésionnelle banale. Il a indiqué qu'après une batterie d'examens biologiques et des IRM, il semblait s'agir d'une borréliose en raison d'un taux d'anticorps élevé (pièce 12). Les IRM de la prostate et de la verge réalisés en septembre 2017 n'avaient rien révélé de particulier (pièces 10 et 11).

Entendu par un inspecteur de la CNA le 18 octobre 2017, X_____ a déclaré que le 29 mars 2015 après s'être rendu en forêt, il avait remarqué la présence d'une tique accrochée à l'aîne droite, qu'il l'avait enlevée à l'aide d'une pince à épiler, que sur conseil du pharmacien, il avait désinfecté l'endroit durant plusieurs jours et avait contrôlé si une rougeur apparaissait, ce qui n'avait pas été le cas. Il a ajouté qu'il n'avait pas eu de démangeaisons ni de symptômes particuliers et ne s'était plus préoccupé de cela après un ou deux mois (pièce 18). Il a précisé qu'il avait déjà été mordu à la fin de l'année 2014 au niveau des fesses et en février 2015 au niveau de l'abdomen côté droit et qu'il avait désinfecté les zones et n'avait pas eu de rougeur ni d'autres symptômes. Il a expliqué qu'en août 2017, il avait commencé à ressentir des maux de tête puis des douleurs aux articulations des doigts et qu'ensuite, il avait souffert de douleurs pelviennes et aux testicules qui l'avaient poussé à consulter un médecin. Il a ajouté qu'après plusieurs examens sans résultat, le Dr B_____ avait procédé à un test sanguin de Borrélia qui s'était révélé positif, de sorte qu'il l'avait adressé à la Dresse C_____, spécialiste FMH en neurologie, psychiatrie et neuropathologie.

Interpellée, la Dresse C_____ a transmis son rapport le 22 janvier 2018 (pièce 32). Elle y a noté que l'assuré présentait des douleurs uro-génitales depuis juillet 2017 sans cause uro-génitale, des douleurs diffuses mal systématisées à la nuque et au niveau des cuisses, une fatigue inhabituelle, des maux de tête, une hypersensibilité de la peau et de l'odorat, des palpitations et des crises d'angoisse, des troubles du sommeil et des difficultés de concentration et de mémoire. Elle a indiqué que l'assuré s'était fait piquer deux fois par une tique à un mois d'intervalle en avril et mai 2015 (février et mars 2015 selon les déclarations de l'assuré), qu'il n'avait pas eu d'érythème migrant ni reçu d'antibiotique. A l'examen neurologique, elle n'a rien constaté de particulier hormis la présence de signes de Lasègue discrets. L'examen électro-neuro-myographique (ENMG) s'est révélé normal. Les examens de laboratoire ont mis en évidence la présence d'IgG pour *Borrelia burgdorferi* sans IgM, indiquant qu'il ne s'agissait pas d'une infection récente ; la ponction lombaire n'a pas permis de confirmer une neuroborréliose ; une infection en cours à *Bartonella henselae* n'a pas pu être exclue. Au terme de son analyse, la spécialiste a retenu le diagnostic de maladie de Lyme chronique disséminée (stade III) en cours.

Le dossier a été soumis au Dr D_____, spécialiste en médecine du travail et médecine interne générale auprès de la Division médecine du travail de la CNA. Dans son appréciation du 26 janvier 2018, ce spécialiste a remarqué que les multiples symptômes décrits par l'assuré n'étaient pas spécifiques et ne correspondaient à aucun critère diagnostique de la borréliose de Lyme tel que défini par la Société suisse d'infectiologie. Il a encore observé que l'analyse du liquide céphalo-rachidien n'avait pas permis de confirmer une neuroborréliose, qui était également écartée par le status neurologique parfaitement normal. De son point de vue, le diagnostic de maladie de Lyme n'était pas démontré et le cas devait être refusé (pièce 33).

Par courrier du 26 janvier 2018, la CNA a informé X_____ qu'elle ne lui allouerait pas de prestations dès lors qu'aucun lien de causalité au moins probable ne pouvait être établi entre l'événement du 29 mars 2015 et les troubles déclarés (pièce 35).

Représenté par M_____, l'intéressé a invité la CNA à revoir sa position et à rendre une décision formelle (pièce 41).

Par décision du 28 mars 2018, la CNA a refusé tout droit à des prestations (pièce 48).

C. Le 3 mai 2018, X_____ a formé opposition contre cette décision en indiquant être dans l'attente d'un rapport médical (pièce 50).

Le 25 juin 2018, il a transmis à la CNA un rapport de la Dresse C_____ qui estimait que l'état de santé de l'assuré était, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité avec les morsures de tique subies (pièce 56). Dans son appréciation du 24 juin 2018, la Dresse C_____ attestait que les symptômes présentés par l'assuré étaient fréquents dans la maladie de Lyme stade II et III et qu'en raison de ces symptômes peu spécifiques, le diagnostic pouvait être manqué ou posé tardivement, ce qui était un facteur de risque important de séquelles. Elle remarquait qu'hormis pour l'érythème migrant, la sérologie était importante dans toutes les autres manifestations de la maladie de Lyme. Elle relevait que la positivité de la sérologie avait été confirmée par deux laboratoires différents et que les résultats, notamment la présence de deux co-infections connues, indiquaient que l'assuré souffrait d'une maladie de Lyme disséminée de stade tardif/chronique et qu'à ce stade, la survenance de symptômes aspécifiques était bien connue. Elle ajoutait que le fait que le patient n'ait pas une neuroborréliose ne pouvait pas exclure une maladie de Lyme disséminée puisque seuls 10 à 20% des patients développaient une neuroborréliose.

Sollicité, le Dr D_____ a estimé que cet avis n'apportait aucun nouvel élément susceptible de modifier sa prise de position (pièce 59). Il a rappelé que la maladie de Lyme comportait trois stades reconnus et a observé que l'assuré n'avait présenté aucun tableau clinique permettant de retenir un stade secondaire (arthrite, cardite, neuroborréliose précoce, lymphocytome bénin) ou tertiaire (acrodermatite chronique atrophiante, arthrite chronique, neuroborréliose tardive) d'une maladie de Lyme, mais que les symptômes décrits étaient non spécifiques et pouvaient se retrouver dans d'autres syndromes diffus mal expliqués, comme par exemple la fibromyalgie. Il a rappelé que la question d'une borréliose chronique était évoquée mais que son entité n'était pas démontrée formellement sur le plan scientifique. Il a tenu à préciser que des arthralgies n'étaient pas synonymes d'arthrites et qu'en l'espèce, l'ENMG avait permis d'écarter toute atteinte. Il a conclu qu'il ne suffisait pas d'avoir été mordu par une tique pour poser le diagnostic de maladie de Lyme (pièce 58).

Cet avis a été transmis à l'assuré pour détermination. Le 3 mai 2018, ce dernier a contesté la position du médecin conseil et a estimé que la morsure avérée de tique, les signes cliniques constatés, les résultats des examens sérologiques et la bonne réaction au traitement permettaient d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence d'une maladie de Lyme transmise par morsure de tique (pièce 65). Il a remis un rapport du 27 septembre 2018 de la Dresse C_____ qui répétait que les symptômes présentés par l'assuré étaient fréquents dans la maladie de Lyme stade II et

III et a ajouté que cette maladie pouvait aussi causer une fibromyalgie. Elle notait que le débat concernant la maladie de Lyme chronique était comparable à celui qui avait eu lieu pendant des décennies concernant l'existence de la syphilis chronique et que de nombreux auteurs avaient confirmé la forme chronique ou tardive de la maladie de Lyme et qu'elle était acceptée aujourd'hui aux Etats-Unis. Elle rejoignait l'avis du Dr D_____ selon lequel il ne suffisait pas d'avoir été mordu par une tique pour poser le diagnostic de maladie de Lyme mais estimait qu'en l'espèce, les symptômes cliniques, les résultats sérologiques, la présence de co-infections et l'amélioration des symptômes à la suite du traitement antibiotique parlaient en faveur d'une maladie de Lyme.

Avant de statuer la CNA a requis l'avis du Dr E_____, spécialiste FMH en neurologie auprès du Centre de compétence Médecine des assurances de la CNA. Le 28 mars 2019, celui-ci a transmis quelques remarques générales sur la borréliose de Lyme, en précisant notamment que le diagnostic associait le tableau clinique et les résultats de laboratoire et non pas des résultats de laboratoire seuls et que la maladie pouvait frapper, plus tard après la morsure, un ou plusieurs organes comme la peau, les grosses articulations, le cœur ou bien le système nerveux et qu'encore plus tard pouvaient apparaître une arthrodermatite chronique atrophiante ou une neuroborréliose tardive. Il a relevé que la présence d'anticorps IgM et IgG témoignait d'un contact avec l'agent pathogène mais ne permettait pas de conclure à l'activité de la maladie pour trois raisons. Il a également constaté, en citant des références, que l'existence d'une maladie de Lyme chronique n'était pas acceptée par les associations médicales en Suisse, en Allemagne et aux Etats-Unis. Concernant le cas d'espèce, il a retenu que l'assuré avait été mordu par une tique au niveau de l'aîne droite en mars 2015 sans érythème migrant avéré et que deux ans plus tard étaient apparus des douleurs testiculaires et périnéales, de fortes céphalées, des arthralgies, des dorsalgies, une asthénie inhabituelle et des troubles subjectifs de la concentration et de la mémoire. Il a remarqué que les examens radiologiques avaient écarté toute atteinte au niveau de la prostate et de la verge, que les examens neurologiques n'avaient rien montré de particulier, notamment pas d'atteinte des nerfs périphériques et pas de polyneuropathie, et que l'analyse du liquide céphalo-rachidien ne permettait pas de retenir une neuroborréliose. Il a estimé qu'on ne pouvait retenir le diagnostic de maladie de Lyme sur la seule présence d'anticorps IgG contre la *Borrelia* et d'une liste de 44 symptômes aléatoires censés être compatibles avec une borréliose « disséminée », « tardive » ou « chronique » (pièce 67).

Par décision sur opposition du 28 juin 2019, la CNA a rejeté les griefs de l'assuré et confirmé sa position sur la base des avis des Drs D_____ et E_____.

D. Le 29 août 2019, X_____ a recouru céans contre ce prononcé en concluant, principalement, à la prise en charge des conséquences de la morsure de tique et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale et au renvoi de la cause à la CNA pour instruction et nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens. De son point de vue, l'avis de la Dresse C_____ était pleinement probant et l'emportait sur les avis des médecins conseils de la CNA qui voulait à tout prix éviter la reconnaissance d'un stade tardif ou chronique de la maladie pour des raisons évidentes d'explosion des coûts. Il s'est référé à un arrêt récent du Tribunal fédéral 8C_4/2019 qui avait critiqué l'attitude de la CNA et avait admis l'existence d'une maladie de Lyme dans des circonstances similaires aux siennes.

Par réponse du 1^{er} octobre 2019, la CNA a conclu au rejet du recours en renvoyant au contenu de sa décision sur opposition.

Le 7 octobre 2019, le recourant n'a pas souhaité formuler de nouvelles remarques et a maintenu ses conclusions.

L'échange d'écritures a dès lors été clos le 10 octobre 2019.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 29 août 2019, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 28 juin 2019 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA), et devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé du recourant ayant nécessité des traitements médicaux dès le mois d'août 2017 sont imputables à un accident assuré par l'intimée, plus particulièrement si elles sont spécifiques à une maladie de Lyme provoquée par une morsure de tique.

2.1 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. 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 § de celle-ci (arrêts 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3 ; 8C_175/2014 du 9 février 2015 consid. 3.1 et les références citées). 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.

Au demeurant, il n'existe 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. Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 322 consid. 5a et la référence).

2.2 En matière d'appréciation 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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Pour octroyer entière valeur probante à 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 médicales 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 (ATF 125 V 351 et arrêt 9C_745/2010).

3. En l'espèce, la Dresse C_____ a posé le diagnostic de maladie de Lyme chronique disséminée (stade III), alors que les médecins-conseils de l'intimée ont écarté ce diagnostic aux motifs que, de leur point de vue, les troubles présentés par l'assuré ne correspondent pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, au tableau clinique de cette maladie.

3.1 Selon la jurisprudence constante, la morsure de la tique du genre *Ixodes* présente toutes les caractéristiques de l'accident (art. 9 al. 1 OLAA), c'est pourquoi l'assureur-accidents doit prendre en charge les cas de maladies infectieuses (maladie de Lyme, encéphalite virale) occasionnées par une telle morsure et leurs conséquences (ATF 122 V 239 consid. 5 ; arrêts U 164/03 du 17 juin 2004 et U 146/03 du 2 avril 2004).

Se référant à la littérature médicale, le Tribunal fédéral a retenu au considérant 2a de l'ATF 122 V 239 qu'en Suisse, notamment, la tique était le vecteur de la maladie de Lyme, que les signes de cette maladie se manifestaient sous diverses formes (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 [blocauriculo-ventriculaire], méningite lymphocytaire, paralysie faciale périphérique, paralysie des membres, encéphalite, myélite, acrodermatite chronique atrophiante).

Selon les recommandations de la Société Suisse d'Infectiologie parues dans la Revue Médicale Suisse du 5 avril 2006, qui sont toujours d'actualité (puisqu'elles sont toujours citées par le Tribunal fédéral dans ses arrêts récents comme par exemple à l'arrêt 8C_4/2019 du 18 juin 2019), la définition de la borréliose de Lyme associe le tableau clinique et les résultats de laboratoire, et non pas des résultats de laboratoire seuls. Parmi les manifestations cliniques, la première citée est l'érythème migrant apparaissant trois à trente-deux jours après la piqûre de tique, accompagné de fièvre, fatigue, céphalées, rigidité nucale, arthralgies et myalgies. La sérologie n'est utile que pour étayer le diagnostic clinique. La séroconversion a lieu trois à cinq semaines après l'infection pour les IgM et après six à huit semaines pour les IgG. Une sérologie positive isolée, à savoir dépourvue de manifestations cliniques associées, ne constitue jamais une indication pour un traitement. Une sérologie positive confirme uniquement un contact antérieur avec des borrelies, mais ne permet en aucun cas de déterminer si la maladie est active ou non. La sérologie se prête mal au suivi de l'évolution de la maladie et de son

traitement, car les IgM peuvent rester positives pendant des années (Evison et co-auteurs, Borréliose de Lyme 1^{ère} partie : épidémiologie et diagnostic, in : Revue Médicale Suisse 2006, vol. 2, n° 60, p. 919 ss, spéc. 922).

Au stade I, le diagnostic est posé cliniquement, la séroconversion ne se produisant fréquemment que plus tardivement. Au stade II, la sérologie présente une sensibilité d'environ 80%. Pour ce qui est des manifestations tardives (stade III), une sérologie positive est requise comme critère diagnostique. Le stade I (stade précoce localisé) est constitué des éléments suivants : réaction locale aiguë après pique de tique et érythème migrant. Le stade II (stade disséminé précoce) peut voir apparaître un lymphocytome bénin dans de rares cas, une neuroborréliose précoce (atteinte du système nerveux) avec méningite, radiculite et parésie des nerfs crâniens, une cardite et des manifestations rhumatologiques (arthrites et arthralgies). Le stade III (stade tardif ou chronique) présente le tableau clinique suivant : acrodermatite chronique atrophique, arthrite, neuroborréliose chronique avec encéphalomyélite progressive (paraparésie spastique, ataxie, parésie des nerfs crâniens, dysfonction vésiculaire, déficits cognitifs) ou encore une polyneuropathie axonale (douleurs radiculaires, paresthésies distales) (Evison et co-auteurs, Borréliose de Lyme, 2^{ème} partie : clinique et traitement in : Revue Médicale Suisse 2006, vol. 2, n° 60, p. 925 ss, spéc. 928).

Selon la doctrine médicale, les symptômes survenant après une borréliose de Lyme ne sont pas nécessairement imputables à cette affection et englobent une large palette de diagnostics différentiels. L'expression « borréliose de Lyme chronique » serait donc à éviter en l'absence d'évidence scientifique permettant d'affirmer qu'une infection par *Borrelia burgdorferi* évolue de manière chronique dans le sens d'une persistance de l'agent pathogène, après un traitement adéquat (Evison et co-auteurs, Borréliose de Lyme, 3^{ème} partie : prévention, grossesse, états d'immunodéficience, syndrome post-borréliose de Lyme, in : Revue Médicale Suisse 2006, vol. 2, n° 60, p. 935 ss, spéc. 938 ; Nemeth et co-auteurs, Update of the Swiss guidelines on post-treatment Lyme disease syndrome in Swiss Medical Weekly, 2016 ; Bally, Borréliose - diagnostic et prise en charge, Formation continue in : La gazette médicale, février 2016, p. 24).

En revanche, le « syndrome post-borréliose de Lyme » est une entité clinique réelle décrivant la persistance de symptômes après un traitement adéquat, sans qu'il existe une infection chronique active. La doctrine médicale et la jurisprudence (Evison et co-auteurs, op. cit., p. 939 ; Satz, Klinik der Lyme-Borreliose, 3^{ème} éd., 2010, p. 189 s. ch. 6.1 et p. 525 ss., spéc. p. 529 ; arrêts 8C_72/2014 du 28 avril 2014 consid. 4.2.1 et 8C_50/2013 du 4 avril 2013 consid. 3.2.1) reconnaissent ainsi l'existence d'un syndrome

post maladie de Lyme, lorsque des arthralgies, des myalgies et un état de fatigue subsistent chez de rares patients malgré un traitement adéquat et instauré à temps, sans qu'il ne persiste une infection active (Evison et co-auteurs, op. cit., p. 939). Les plaintes regroupent des troubles mnésiques et de la concentration, des troubles neurologiques et ostéo-articulaires, des céphalées et des troubles du sommeil.

Pour pouvoir retenir le diagnostic de syndrome post-borréliose de Lyme, tous les critères suivants doivent être présents (arrêts 8C_72/2014 du 28 avril 2014 consid. 4.2.1 et 8C_50/2013 du 4 avril 2013 consid. 3.2.1 ; ATCA S2 17 49 du 14 octobre 2019 consid. 4.2 ; Evison et co-auteurs, op. cit., p. 939) :

1. Antécédents de borréliose documentés cliniquement et biologiquement.
2. Traitement antibiotique adéquat documenté.
3. Absence d'infection toujours active.
4. Symptômes persistants (fatigue, arthralgies, myalgies, dysfonction cognitive objectivée, troubles radiculaires), invalidants pour le patient dans son activité quotidienne, pendant plus de six mois après la fin d'un traitement antibiotique adéquat.
5. Début des troubles compatible avec l'évolution de la borréliose de Lyme ; c'est-à-dire début des symptômes pendant la borréliose de Lyme aiguë ou immédiatement après, généralement dans les six mois après le début documenté et étayé de la borréliose de Lyme.
6. Des signes objectifs au status clinique général ou neurologique ne constituent pas un critère préalable au diagnostic.
7. Exclusion systématique et exhaustive d'autres maladies neurologiques, rhumatologiques ou de maladies psychiatriques ou d'un état obsessionnel.

En outre, en l'absence de manifestations cliniques préalables d'une borréliose de Lyme, un syndrome post-borréliose de Lyme ne doit pas être retenu même si la sérologie de Lyme est positive.

3. En l'espèce, le recourant affirme avoir été mordu par une tique au moins à deux reprises en février et mars 2015. Il n'a pas eu de lésion cutanée ni d'érythème migrant et n'a ressenti aucune démangeaison ni aucun autre symptôme particulier, comme de la fièvre, une fatigue ou des douleurs musculaires, dans les semaines ou les mois qui ont suivi les morsures. Ce n'est que durant l'été 2017, soit plus de deux ans après la morsure déclarée, qu'il a commencé à souffrir de douleurs articulaires et uro-génitales sans cause organique, de douleurs diffuses mal systématisées à la nuque et au niveau des cuisses, de céphalées, d'une fatigue inhabituelle, d'une hypersensibilité de la peau et de l'odorat,

de palpitations, de crises d'angoisse, de troubles du sommeil et de difficultés de concentration et de mémoire.

Selon la Dresse C_____, le recourant présente une maladie de Lyme disséminée chronique. Elle fonde son diagnostic sur l'anamnèse, les résultats sérologiques et les symptômes cliniques qui seraient compatibles avec une infection survenue à la suite des deux piqûres de tique. Au vu de la doctrine médicale et de la jurisprudence citées ci-dessus, son argumentation ne convainc pas la Cour. Elle est d'ailleurs battue en brèche par les Drs D_____ et E_____.

Des recommandations SSI citées ci-dessus, la Cour comprend qu'un syndrome post-borréliose de Lyme (ou une borréliose de Lyme chronique) ne peut survenir que dans les suites d'une borréliose aiguë avec ses manifestations typiques, à savoir un érythème migrant ou une acrodermatite ou une méningoencéphalite ou une arthrite etc., qu'il faut également une sérologie positive et qu'enfin il sied d'exclure d'autres causes. Or, en l'espèce, ces critères ne sont manifestement pas remplis, comme l'ont relevé à juste titre les Drs D_____ et E_____ dans leurs avis respectifs, dont la valeur probante ne souffre d'aucune critique quoi qu'en dise le recourant.

Selon les recommandations de la SSI, lorsque l'on se réfère aux publications scientifiques, il faut être attentif au fait que les manifestations cliniques et l'évolution de la borréliose de Lyme diffèrent entre les Etats-Unis et l'Europe, puisque les vecteurs et les espèces de borrélioses ne sont pas les mêmes entre les deux continents. Ainsi, l'argumentation de la Dresse C_____, qui indique qu'aux Etats-Unis la maladie de Lyme chronique est acceptée, ne lui est d'aucun secours. Pour le reste, il n'appartient pas au Tribunal, dont les compétences sont purement juridiques, de se prononcer en faveur ou non de l'existence scientifique d'une maladie de Lyme « chronique » ou « disséminée » comme le voudrait la Dresse C_____.

A l'appui de ses conclusions, le recourant se réfère à un arrêt 8C_4/2019 rendu par le Tribunal fédéral le 18 juin 2019 dont les circonstances seraient similaires aux siennes. A cet égard, la Cour ne saurait le suivre. En effet, dans le cas précité, aucune ponction lombaire n'avait été effectuée dans un premier temps. Par la suite, celle-ci avait montré des valeurs compatibles avec une neuroborréliose active de la phase tardive. L'expert judiciaire avait ensuite conclu, sur la base d'un nouveau bilan et des rapports médicaux au dossier, que l'assuré devait être considéré comme guéri d'une neuroborréliose et que les symptômes apparus en mai 2014, à savoir dans les semaines après les morsures de tique, étaient bien compatibles avec cette maladie. Or, en l'espèce, une neuroborréliose

a été écartée par les examens de laboratoire, comme l'a affirmé la Dresse C_____. Le recourant ne présente pas non plus d'atteinte neurologique spécifique ni d'arthrite ni de cardite en tant que telles. Il souffre uniquement d'arthralgies (douleurs articulaires), de palpitations et d'autres difficultés de concentration, qui ne sont expliquées par aucune atteinte organique particulière. Comme l'ont relevé les Drs D_____ et E_____, il s'agit là de symptômes non spécifiques qui ne permettent pas de retenir un stade secondaire ou tertiaire de la maladie de Lyme.

Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a fait siennes les conclusions des Drs D_____ et E_____ et qu'elle a considéré qu'elle n'avait pas à intervenir pour les troubles annoncés le 4 octobre 2017.

4. Les griefs du recourant étant mal fondés, le recours est rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.
5. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens (art. 61 let. a et g LPGA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 6 avril 2020