

*Jurisprudence de la Cour des assurances sociales*  
*Rechtsprechung der sozialversicherungs-*  
*rechtlichen Abteilung*

**Assurance-accidents**  
**Unfallversicherung**

*ATC (Cour des assurances sociales) du 7 février 2017 - X. c. Y.*  
*SA - TCV S2 15 122*

**Neuroborréliose ; maladie de Lyme ; lien de causalité**

- 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 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 en matière d'assurances sociales (consid. 2.1).
- La morsure de la tique du genre *Ixodes* présente toutes les caractéristiques de l'accident (art. 9 al. 1 OLAA). L'assureur-accidents doit dès lors prendre en charge les cas de maladie de Lyme (consid. 2.2).
- Lien de causalité non établi en l'espèce (consid. 3.2.1 et 3.2.2).

**Neuroborreliose; Lyme-Krankheit; Kausalzusammenhang**

- Ob zwischen einem schädigen Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. das Gericht unter vorwiegender Berücksichtigung der medizinischen Akten nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (Erw. 2.1).
- Der Zeckenbiss Typ *Ixodes* erfüllt alle Merkmale eines Unfalls (Art. 9 Abs. 1 UVV). Der Unfallversicherer ist daher für Lyme-Krankheiten leistungspflichtig (Erw. 2.2).
- Im vorliegenden Fall ist der Kausalzusammenhang nicht erstellt (Erw. 3.2.1 und 3.2.2).

**Faits**

**A.** X., né le 14 septembre 1956, travaillait depuis le 1<sup>er</sup> août 2008 en qualité de vendeur-livreur pour le compte de la société A. Sàrl et, à ce titre, était assuré contre les accidents auprès de Y. SA.

Le 12 août 2009, il a consulté le Dr B. pour des symptômes neurologiques touchant principalement la jambe droite (signes cortico-spinaux hémicorporels droits à prédominance crurale) et a été mis en incapacité de travail dès le 10 août 2009. Une IRM cérébrale a été réalisée, montrant des lésions périventriculaires gauches, raison pour laquelle une IRM cervicale a été effectuée le 9 septembre 2009. Cet examen a alors mis en évidence trois lésions intra-axiales à la hauteur de C2-C3, C4-C5 et C6, compatibles avec des plaques démyélinisantes. Le patient a été adressé au Dr C., spécialiste FMH en neurologie à la Clinique D. Dans son rapport du 18 septembre 2009, celui-ci a indiqué qu'au vu du résultat de l'IRM, le diagnostic de sclérose en plaques était vraisemblable et avait déjà été annoncé à l'assuré. Il a ajouté qu'une ponction lombaire allait être réalisée afin d'asseoir le diagnostic et écarter d'autres hypothèses, comme une maladie de Lyme ou une vasculite, qui étaient peu vraisemblables au demeurant. L'examen effectué le 22 septembre 2009 n'a pas démontré de pléiocytose. Le Dr C. a constaté que l'électrophorèse et l'index d'IgG étaient normaux et que les sérologies de borréliose étaient positives avec des taux peu élevés. À l'examen clinique, il a retrouvé des signes cortico-spinaux de l'hémicorps droit à prédominance crurale non parétique. Il a estimé que deux diagnostics étaient discutables, à savoir une neuroborréliose ou une sclérose en plaques, avec des arguments et contre-arguments pour l'une ou l'autre des hypothèses. Un traitement antibiotique a été mis en place, qui n'a pas modifié notablement la symptomatologie. Les IRM cérébrale et cervicale du 13 janvier 2010 n'ont pas montré de changement par rapport à septembre 2009.

**B.** Par déclaration d'accident LAA du 13 janvier 2010, l'employeur de X. a signalé que celui-ci était en arrêt de travail depuis le 10 août 2008 en raison de problèmes à la colonne cervicale, dus à une piqûre de tique, qui s'était produite à une date indéterminée.

Dans le certificat médical initial du 25 janvier 2010, le Dr B. a posé le diagnostic de Lyme neurologique. Quant au Dr C., il a indiqué, le 8 février 2010, que l'assuré l'avait consulté le 3 septembre 2009 en raison de troubles de la marche sur faiblesse du membre inférieur droit et a posé le diagnostic de probable neuroborréliose (maladie de Lyme).

**C.** Le 9 mars 2010, X. s'est rendu aux urgences de l'hôpital de E. en raison de douleurs rétrosternales oppressives avec irradiation dans l'épaule droite. Une coronarographie a été réalisée avec mise en place

d'un stent ; un intertigo macéré au pied gauche et contaminé par un streptocoque a également été détecté et soigné par antibiothérapie.

**D.** Le 16 juin 2010, la Dresse F. a signalé avoir été consultée par X. le 26 mars 2010, car celui-ci voulait changer de médecin traitant. Elle a indiqué que celui-ci lui avait expliqué avoir été victime d'une piqûre de tique en août 2009 qui s'était compliquée par une neuroborréliose ; comme il était fatigué et se plaignait de douleurs dans la jambe, elle avait recontrôlé la sérologie. Selon le rapport du prélèvement du 31 mars 2010, les taux sans changement permettaient de conclure à un probable contact ancien, sans évidence sérologique d'infection active actuellement. Dans son rapport du 15 octobre 2010, la Dresse F. a retenu le diagnostic d'asthénie avec spasticité du membre inférieur droit survenant dans le contexte d'une neuroborréliose (piqûre de tique en 2009). Elle a ajouté qu'elle avait attesté une incapacité de travail de 80 % du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 mai 2010, puis de 100 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2010. Le 14 janvier 2011, elle a précisé que X. avait travaillé à 20 % à domicile du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mai 2010 et qu'à partir du 1<sup>er</sup> juin 2010, il avait dû arrêter complètement en raison de faiblesses dans les jambes, de douleurs, de céphalées et d'une grande fatigue. A l'examen neurologique du 26 août 2010 du Dr C., les céphalées de type tensionnel s'étaient atténuées et il persistait une asthénie à prépondérance matinale associée à des troubles de la marche par raideur du membre inférieur droit, sans spasme.

Le 20 janvier 2011, Y. a ordonné la mise en œuvre d'une expertise auprès du CEMed afin de déterminer la relation de causalité entre une piqûre de tique, les troubles présentés par l'assuré et leur influence sur la capacité de travail de celui-ci. X. a été examiné par le Dr G., spécialiste FMH en neurologie. A cette occasion, il a déclaré ne pas se rappeler avoir été piqué par une tique ni avoir présenté un érythème migrant ou d'autres manifestations primaires et secondaires de la maladie de Lyme. Il s'est plaint de céphalées modérées occasionnelles, de difficultés à la marche avec encoulements et boiterie au niveau du membre inférieur droit, de troubles de l'équilibre, de manque de sensibilité dans la main droite et de lancées au niveau de l'orteil gauche. Il a signalé avoir subi un premier épisode de faiblesse transitoire des membres inférieurs au cours du printemps 2009, puis une poussée aiguë des troubles au courant de l'été 2009. A l'examen, l'expert a constaté la persistance d'une atteinte pyramidale bilatérale à prédominance droite associée à une atteinte cérébelleuse statique et

cinétique, sans participation sensitive superficielle et profonde importante. Il a donc confirmé l'existence d'une atteinte du système nerveux central importante. Il a remarqué que les résultats des différents examens permettaient d'écartier une atteinte tumorale et qu'une maladie dégénérative du système nerveux central était très peu probable au vu de l'évolution des troubles et de l'aspect des lésions cervicales. Il a donc estimé que le plus probable était la présence d'une maladie inflammatoire du système nerveux central, dont le diagnostic différentiel comportait une sclérose en plaques, une neuroborréliose, une vasculite, une syphilis, une infection par HIV ou une neurosarcoïdose. Il a noté que les taux sérologiques dans le sang pour la borréliose n'avaient pas beaucoup changé au cours du temps, ce qui parlait plutôt contre une neuroborréliose à l'origine des troubles et plutôt pour un contact ancien. Il a expliqué que l'étude du LCR (liquide céphalo-rachidien) qui n'avait pas démontré d'activité inflammatoire nette (pas de pléiocytose et pas de production intrathécale d'IgG) ne permettait pas d'écartier formellement l'hypothèse d'une affection inflammatoire et qu'elle n'apportait aucun argument permettant d'affirmer l'existence d'une maladie de Lyme plutôt que d'une sclérose en plaques ou d'une autre affection inflammatoire. Il a ajouté que l'hypothèse d'une neuroborréliose était particulièrement peu probable étant donné que l'affection, lorsqu'elle était active, entraînait généralement une pléiocytose, une synthèse intrathécale d'IgG et des taux sérologiques plus importants et variables au cours du temps. Il a admis qu'un jour ou l'autre l'assuré avait été en contact avec le vecteur de la maladie de Lyme, mais que l'on ne pouvait pas écartier l'hypothèse qu'il ait présenté une maladie inflammatoire autre qu'une neuroborréliose et un contact par *Borrelia* ancien sans traduction clinique. Il a donc considéré que les résultats des examens ne permettaient pas de conclure avec probabilité ou certitude que les troubles présentés par l'assuré courant 2009 correspondaient à une neuroborréliose et non à une sclérose en plaques ou à une autre forme d'affection inflammatoire.

Le 27 avril 2011, le Dr C. a relevé que les résultats de la ponction lombaire n'étaient pas ceux observés dans la sclérose en plaques et qu'au vu de ceux-ci et des sérologies, il était d'avis que le diagnostic de neuroborréliose était probable. Il a pratiqué un dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, qui s'est trouvé dans des valeurs normales, ce qui, selon lui, représentait un argument contre une sarcoïdose, ainsi qu'un nouvel examen LCR, qui, de son point de vue, parlait davantage en faveur d'une borréliose que d'une sclérose en plaques.

Prenant position le 27 septembre 2011, le Dr G. a constaté que la nouvelle étude du LCR mettait en évidence une augmentation modérée de la protéinorachie mais ne montrait toujours pas de pléiocytose ni de synthèse intrathécale d'IgG. Il a estimé que ces résultats n'apportaient pas d'argument déterminant dans l'appréciation du cas, puisque si les éléments cliniques et paracliniques étaient compatibles avec une neuroborréliose, il n'y avait pas d'éléments suffisamment clairs pour conclure à une neuroborréliose probable ou certaine. Notamment, il a expliqué que l'absence de profil oligoclonal ne permettait pas d'écarter le diagnostic de sclérose en plaques puisque 10 % des cas ne démontraient pas un tel profil, profil que l'on pouvait par ailleurs rencontrer dans toute affection inflammatoire du LCR et pas seulement dans le cadre de la sclérose en plaques. Il a indiqué qu'il en allait de même de l'absence de synthèse d'IgG. Enfin, il a remarqué que si la discrète hyperprotéinorachie pouvait être un argument en faveur d'une neuroborréliose, elle se rencontrait également dans le cadre de la sarcoïdose ; d'ailleurs, à cet égard, il a relevé que le dosage de l'enzyme de conversion n'avait pas un caractère déterminant puisqu'une neurosarcoïdose pouvait exister avec des valeurs normales. Il a donc conclu que l'étiologie de l'affection inflammatoire restait indéterminée, avec parmi les éléments de diagnostic différentiel une possible neuroborréliose mais aussi une possible sclérose en plaques ou autre.

Par décision du 11 octobre 2011, Y. a refusé d'allouer toutes prestations à X. en l'absence de lien de causalité entre les troubles présentés et une éventuelle morsure de tique survenue en juillet 2009.

**E.** X. s'est opposé à cette décision en produisant les résultats d'une IRM cérébrale réalisée le 16 janvier 2012 ne montrant pas de nouvelles lésions par rapport aux examens antérieurs et un rapport du Dr C. considérant que l'absence d'évolutivité des lésions radiologiques après traitement antibiotique représentait un argument supplémentaire en faveur d'une borréliose.

Y. a dès lors mandaté le Dr H., médecin-chef de la Division des maladies infectieuses et d'hygiène hospitalière de l'Hôpital universitaire de I., afin de procéder à une nouvelle expertise. Dans son rapport du 26 mars 2013, l'expert a expliqué que l'interaction entre une définition de cas clinique et l'existence de résultats de laboratoire était requise pour poser le diagnostic d'une neuroborréliose de Lyme ; sur le plan clinique, il s'agissait de méningoradiculites et de méningites,

plus rarement d'encéphalites, de myélites ou vascularites cérébrales ; quant au laboratoire, il fallait qu'il y ait pléocytose et preuve de production intrathécale d'anticorps spécifiques anti-Borrelia ; or, chez l'assuré, aucune pléocytose ni aucune production intrathécale d'anticorps spécifiques n'avaient pu être détectées. Le Dr H. a donc conclu que, même s'il n'y avait plus nécessairement pléocytose en cas de longue évolution clinique, le degré de causalité entre la borréliose et les résultats neurologiques était improbable, mais pas impossible.

Dans un rapport du 8 juillet 2013, la Dresse J., spécialiste en neurologie, psychiatrie et neuropathologie, a signalé la présence, autour de la cheville gauche, d'une lésion cutanée ronde, de couleur grisâtre-violacée, qui pouvait être compatible avec une acrodermatite chronique atrophiante et qui persistait depuis environ 20 ans selon l'assuré. Elle a expliqué qu'une acrodermatite apparaissait généralement sur le site d'une piqûre de tique ou d'un ancien érythème chronique migrant et que ce symptôme était fréquemment associé à une neuroborréliose de Lyme. Elle a estimé que l'investigation de cette lésion pourrait être utile pour le diagnostic.

L'assuré a été vu à la consultation spécialisée de neuro-immunologie du K. par le Dr L., le 8 août 2013. A l'examen, ce spécialiste n'a pas noté de lésion cutanée au niveau de la cheville droite mais un clonus rotulien et achilléen droit. Au vu des résultats des analyses effectuées jusque-là, il n'a pas pu exclure ni confirmer une neuroborréliose, notamment en l'absence de rapport entre les IgG dans le serum et dans le LCR.

Interpellé, le Dr G. a indiqué, le 28 mars 2014, qu'il ne souhaitait pas rouvrir le débat quant à l'existence ou non d'une maladie de Lyme, mais que, puisque le patient était convaincu qu'il souffrait d'une maladie de Lyme et que tant celle-ci qu'une sclérose en plaques justifiaient un traitement, il approuvait une prise en charge par le service de neuro-immunologie du K. et la proposition de la Dresse J., en espérant que ces investigations complémentaires permettraient de se déterminer définitivement sur la nature de l'infection, ce qui n'était malheureusement pas certain comme le montrait la littérature neurologique et infectiologique.

Le 22 avril 2014, le Dr C. a signalé que la ponction lombaire du 4 mars 2014 avait mis en évidence l'absence de pléiocytose, une augmentation de la protéinorachie et l'absence de bande oligoclonale

et de synthèse intrathécale, que l'IRM du 14 mars 2014 avait démontré la stabilité des lésions préexistantes et que les sérologies de borréliose restaient identiques. De son point de vue, ces éléments ne correspondaient pas à une sclérose en plaques et renforçaient l'hypothèse d'une neuroborréliose.

Interpellé, le Dr H. a relevé qu'une association directe entre une acrodermatite atrophiante et une neuroborréliose n'était pas connue et qu'une telle lésion pouvait très bien survenir d'elle-même sans autres symptômes. Il a estimé que le fait de poser le diagnostic définitif d'une acrodermatite atrophiante ne changerait rien à la vraisemblance de la présence d'une neuroborréliose. Il a encore observé que la nouvelle ponction lombaire effectuée le 4 mars 2014 montrait des résultats très semblables à ceux de septembre 2009 et que la sérologie des borrelies étaient toujours identique, de sorte que la situation était la même que lors de l'expertise de mars 2013 qui avait conclu à une neuroborréliose possible, mais ni assurée ni vraisemblable.

Prenant position le 12 juin 2014, le Dr G. a considéré que les examens effectués par le Dr C. n'apportaient pas d'informations sur le diagnostic différentiel. Il a notamment relevé que l'évolution de l'IRM était compatible tant avec une sclérose en plaques qu'avec une maladie inflammatoire d'une autre nature et a rappelé que la positivité persistante de la sérologie témoignait d'un comptage avec l'agent pathogène par le passé mais ne suffisait pas à estimer avec probabilité ou certitude qu'il existait une relation de causalité entre les troubles actuels et une neuroborréliose. Ainsi, il a conclu que la maladie de Lyme était toujours possible, mais non probable ou certaine.

Par décision sur opposition du 15 octobre 2015, Y. a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé l'absence de lien de causalité entre les troubles présentés par l'assuré et une éventuelle piqûre de tique. Elle a relevé l'absence d'éléments objectifs établissant la réalité d'une morsure de tique et l'impossibilité de mettre en lien, de façon certaine ou probable, les troubles du recourant avec une neuroborréliose, en s'appuyant sur les avis des Drs G. et H.

**F.** Par écriture du 13 novembre 2015, X. a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre ce prononcé. Il a contesté le fait que l'existence d'une piqûre de tique ne pouvait pas être prouvée puisqu'il était atteint d'une neuroborréliose et que ces deux éléments étaient intimement liés et a estimé que, quoi qu'il en

soit, Y. ne pouvait pas nier le lien de causalité sans au moins faire des examens complémentaires.

**G.** Par décision du 7 février 2017, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de X.

### **Considérant en droit**

(...)

**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 2009 sont imputables à un accident.

**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 sine qua non 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** 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 sv, consid. 5 ; arrêts U 164/03 du 17 juin 2004 et U 146/03 du 2 avril 2004).

Selon les recommandations de la Société Suisse d'Infectiologie (ci-après : recommandations SSI), parues dans la Revue Médicale Suisse du 5 avril 2006, la définition de la borréliose de Lyme associe le tableau clinique et les résultats de laboratoire, et non pas des résultats de laboratoire seuls. 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 borrélioses, 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.

**2.3** 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).

**3.1** En l'espèce, il appartient au recourant, qui réclame des prestations, de rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis et qu'un lien de causalité entre celui-ci et les affections qu'il présente existe et non à l'assureur de prouver l'absence de lien de causalité naturelle.

En l'occurrence, l'intimée a mis en œuvre deux expertises auprès de spécialistes reconnus et indépendants avant de se prononcer sur les droits de l'assuré. Elle leur a soumis l'entier des rapports des médecins-traitants et des résultats des examens effectués. On ne saurait dès lors lui reprocher de ne pas avoir suffisamment instruit le dossier.

**3.2.1** S'agissant des faits, il est constant qu'aucune morsure du recourant par une tique n'a été effectivement établie. Le recourant ne se rappelle pas avoir été mordu ; aucun érythème migrant ni nodule n'ont été observés par lui ou par les médecins lors des premières consultations en août 2009 ; les rapports médicaux délivrés dans les premiers mois ne signalent ni fièvre, ni céphalées. En définitive, un tel événement a été supposé uniquement en raison du diagnostic différentiel de neuroborréliose évoqué par le Dr C. en raison des résultats de la ponction lombaire du 22 septembre 2009.

Si les taux des sérologies effectuées prouvent effectivement un contact passé avec des borrelies, aucune datation de celui-ci n'est en revanche possible. Ainsi, l'existence d'un accident - en l'occurrence une morsure de tique - alors que le recourant était couvert par l'intimée ne peut pas être établie au degré de vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale.

**3.2.2** De surcroît, sur le plan du diagnostic, aucune étiologie précise n'a pu être donnée aux troubles neurologiques dont souffre le recourant. Seules des hypothèses ont été émises par les médecins, dont celle d'une neuroborréliose, laquelle serait probable pour certains et uniquement possible pour d'autres.

Selon les deux experts mandatés pour se prononcer sur le lien de causalité entre les troubles présentés par le recourant et une éventuelle neuroborréliose, ce lien n'est que possible. Leur conclusion

dûment étayée convainc la Cour, qui rappelle que l'absence d'éléments objectifs établissant la réalité d'une morsure du recourant par une tique accroît encore l'exigence de vraisemblance du diagnostic d'une neuroborréliose (ATF U 115/04). Or, comme l'ont relevé les experts, plusieurs éléments parlent en défaveur de l'hypothèse d'une neuroborréliose, notamment l'absence de pléiocytose et surtout de synthèse interthécale d'IgG, en principe toujours détectable, ainsi que la faiblesse des taux sérologiques et leur invariabilité dans le temps. Les experts ont précisé que la détection d'anticorps *Borrelia* IgG dans le LCR ne suffisait pas en soi au diagnostic et indiquait uniquement que le patient avait été infecté à une date indéterminée. Ils ont relevé que la discrète hyperprotéïnorachie et la normalité du dosage de conversion, qui seraient des indices renforçant le diagnostic de neuroborréliose selon le Dr C., pouvaient également se rencontrer dans le cas d'une neurosarcoïdose et qu'en définitive, les résultats des études du LCR étaient relativement peu typiques pour l'ensemble des affections inflammatoires, ce qui n'aidait pas à un diagnostic précis. Dans son rapport du 5 septembre 2013, le Dr L. du Service de neurologie du K. ne pouvait également ni exclure ni confirmer une neuroborréliose, notamment en l'absence de synthèse interthécale d'IgG. Ainsi, force est de constater que les résultats des divers examens effectués ne permettent pas d'affirmer qu'une neuroborréliose est plus probable qu'une autre atteinte inflammatoire.

Quant à l'acrodermatite atrophiante constatée à la cheville gauche par la Dresse J. en juillet 2013, celle-ci ne permet pas de confirmer le diagnostic de neuroborréliose, puisque, comme l'a expliqué le Dr H., une telle lésion peut survenir d'elle-même sans autre symptôme et il n'existe pas d'association directe avec une neuroborréliose. En outre, il sied de relever que cette lésion serait présente depuis près de 20 ans selon le recourant et ne peut donc pas être en lien avec un accident qui serait survenu alors que le recourant était couvert par l'intimée.

L'opinion motivée et concordante des experts G. et H. permet de conclure qu'un lien de causalité naturelle est certes possible, mais qu'il ne présente pas un degré de vraisemblance prépondérante pour pouvoir être considéré comme probable.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a refusé tout droit à des prestations au recourant.