

# FR\_GERICHTE 605 2023 134 vom 2. Oktober 2025

FR Kantonsgericht, 2025-10-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2023\\_134](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2023_134)

FR: FR\_GERICHTE 605 2023 134 du 2 octobre 2025

IT: FR\_GERICHTE 605 2023 134 del 2 ottobre 2025

## Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Unfallversicherung

## Erwägungen

### E. 4

Droit aux prestations en cas de rechute ou de séquelles tardives La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. En vertu de l'art. 11, 1ère phrase de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives (arrêt TF 8C\_458/2022 du 29 mars 2023 consid. 3.1.1 et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 18 Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ibidem).

### E. 5

Dispositions relatives à l'appréciation des preuves

#### E. 5.1

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit 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. 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 (arrêts TF 9C\_298/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.2; 8C\_260/2019 du 23 juin 2020 consid. 3.2; et les références citées).

#### E. 5.2

Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier

l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c et les références citées).

### **E. 5.3**

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, voir ATF 135 V 465 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

### **E. 5.4**

En cas de rechute ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêts TF 8C\_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3; 8C\_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 4.2 et les références citées).

### **E. 6**

Objet du litige Est en l'espèce litigieuse la responsabilité de la SUVA à l'endroit des troubles annoncés par le recourant comme une rechute au mois d'août 2022. Ce dernier fait valoir qu'il est toujours atteint de la maladie de Lyme sous sa forme évolutive d'une neuroborréliose, laquelle avait été provoquée par des morsures de tiques en 2014. Il soutient que cette maladie serait devenue chronique. Se fondant pour sa part sur l'avis de ses

spécialistes internes, la SUVA considère qu'il n'existe plus aucun lien de causalité entre les morsures, ou la maladie causée par elles, et les nouveaux troubles réapparus plusieurs années après que le recourant avait été déclaré guéri au mois de juillet 2018. Qu'en est-il ?

## **E. 7**

Bref rappel du dossier médical – jugements rendus par la Cour de céans Le recourant a subi des morsures de tiques en 2014, après quoi il s'est annoncé à la SUVA, disant être atteint « dans tout le corps » (déclaration de sinistre, dossier Suva, pièce 1). Il a subi à l'époque un grand nombre d'examen médicaux spécialisés.

### **E. 7.1**

Dans un premier temps, la SUVA a soutenu, se fondant en cela sur l'opinion de son propre spécialiste en neurologie, le Dr D. \_\_\_\_\_, que les symptômes présentés par le recourant n'étaient pas typiques de ceux habituellement causés par la neuroborréliose, le recourant n'ayant « pas souffert des manifestations fréquentes ou caractéristiques d'une borréliose à partir du mois de mai 2014 ». Au contraire, « 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 » (appréciation neurologique du 2 mars 2015, dossier Suva, pièce 68). Le premier jugement rendu par la Cour de céans et daté du 2 décembre 2015 (arrêt TC FR 605 2014 275, cf. dossier SUVA, pièce 82) considérait comme probantes les conclusions du Dr D. \_\_\_\_\_ et validait ainsi implicitement la thèse de ce dernier.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18

### **E. 7.2**

Deux jugements ont par la suite été rendus par la Cour de céans, en 2017 tout d'abord, puis en 2018, celle-ci ayant été invitée par le TF (cf. arrêt 8C\_120/2017 du 20 avril 2017, dossier SUVA, pièce 126) à se prononcer sur une demande de révision introduite par le recourant qui se prévalait d'un rapport d'expertise privée du 8 septembre 2016 émanant de la Dre E. \_\_\_\_\_.

#### **E. 7.2.1**

Dans le premier jugement, rendu le 25 juillet 2017, la Cour de céans avait estimé que ce dernier rapport constituait un fait nouveau sur la base duquel on pouvait retenir comme établi, au vu de nouveaux résultats obtenus après une ponction lombaire nécessaire et déterminante, le fait que le recourant avait souffert d'une neuroborréliose provoquée par les morsures de tiques et non d'une autre atteinte, comme par exemple une sclérose en plaques (arrêt TC FR 605 2017 90, dossier SUVA, pièce 133). Saisi d'un recours interjeté par la SUVA, le TF a invité la Cour de céans à mettre sur pied une expertise judiciaire, dans la mesure où il subsistait selon lui encore un doute à tout le moins léger au sujet des thèses contradictoires de la Dre E. \_\_\_\_\_ et du Dr D. \_\_\_\_\_. Celle-ci avait été confiée au Prof. assistant C. \_\_\_\_\_, médecin chef du service des maladies infectieuses au CHUV.

#### **E. 7.2.2**

Dans son second jugement du 16 novembre 2018, la Cour de céans a pris en considération les conclusions de ce nouvel expert, qui était allé dans le sens de la Dre E. \_\_\_\_\_ : «

L'analyse des différentes pièces du dossier révèle que la symptomatologie était compatible avec une neuroborréliose ». Il a du reste précisé que l'assuré avait été « largement » traité pour cette dernière maladie à partir de 2016 et que ce traitement avait été efficace: « Depuis 2016, le patient a largement été traité pour une neuroborréliose comme documenté par les prescriptions d'antibiotiques multiples (prescrits surtout par la Dre E. \_\_\_\_\_) » (arrêt TC FR 605 2017 300, dossier SUVA, pièce 192). Dès lors et sur ce point, les avis des spécialistes de la SUVA, et notamment du Dr D. \_\_\_\_\_, avaient été écartés. Le TF a par la suite rejeté le nouveau recours déposé par la SUVA, confirmant à cette occasion le principe de la responsabilité de cette dernière à l'endroit des troubles dont il était désormais établi qu'ils constituaient la manifestation d'une neuroborréliose causée par des morsures de tiques (arrêt TF 8C\_4/2019 du 18 juin 2019, dossier SUVA, pièce 190), reconnaissant à cet égard la valeur probante de l'expertise du Prof. C. \_\_\_\_\_. 7.3.3. La Cour de céans a enfin fixé, dans son dernier jugement du 21 avril 2021 (arrêt TC FR 605 2020 35), la période durant laquelle la responsabilité de la SUVA avait été engagée, au regard de l'incapacité de travail donnant droit aux indemnités journalières. Suivant encore l'avis du Prof. C. \_\_\_\_\_, elle a fini par retenir que le recourant avait droit aux indemnités journalières de l'assurance-accidents « du 30 avril 2014 jusqu'au 16 juillet 2018 », sur la base d'une incapacité de travail de 100%. Après cette dernière date en effet, le recourant avait été considéré comme guéri par l'expert, dès lors qu'il ne présentait plus de signe actif de la maladie de Lyme. Dans son jugement, la Cour relevait plusieurs choses. Tout d'abord, que les thèses du Dr D. \_\_\_\_\_ devaient une nouvelle fois être écartées : « les explications du Dr D. \_\_\_\_\_ ne sauraient atteindre le degré de vraisemblance prépondérante requis, dès lors qu'elles consistent à soutenir, des années plus tard, que l'état de santé du recourant

Tribunal cantonal TC Page 9 de 18 est demeuré inchangé entre la première consultation de la Dre E. \_\_\_\_\_ en 2016 et celle du Prof. C. \_\_\_\_\_ en 2018, ceci alors même qu'un traitement, non seulement approprié, mais également important, a été instauré entre ces deux consultations qui a permis au second spécialiste de précisément constater l'efficacité à terme de ce traitement sur la neuroborréliose. Suivre la thèse du Dr D. \_\_\_\_\_, cela reviendrait même à remettre en cause la portée invalidante de cette maladie qui, au mois de juin 2016, n'avait probablement pas encore été traitée efficacement, faute d'un consensus médical sur le diagnostic ». Ensuite, au point de vue de la preuve, elle considérait que l'on pouvait conférer aux résultats obtenus via ponction lombaire un statut de preuve scientifique, la dernière ponction lombaire pratiquée à l'occasion de l'expertise, soit le 16 juillet 2028, constituant dès lors le moment déterminant de la guérison, respectivement de la rémission, du recourant : « La communication du résultat des dernières analyses du liquide céphalo-rachidien prélevé sur la personne du recourant semble ainsi devoir constituer une date particulièrement fiable pour fixer le moment du statu quo sine/ante, soit le moment à partir duquel l'état de santé de ce dernier est redevenu tel qu'il était avant qu'il ne développe la neuroborréliose, ou tel qu'il serait devenu s'il ne l'avait pas développé ». Enfin, elle niait la responsabilité de la SUVA à l'endroit des troubles apparus après la date de l'expertise : « la situation a semblé demeurer stable après l'examen pratiqué par le Prof. C. \_\_\_\_\_ et jusqu'au dernier rapport de la Dre E. \_\_\_\_\_ du mois de novembre 2019, en dépit de trois épisodes ne sachant probablement remettre durablement en cause le rétablissement dans une pleine capacité de travail au regard de la neuroborréliose: « Durant les deux dernières années, trois malaises avec perte de connaissance, une fois selon un témoin avec des mouvements tonico-cloniques ont été observés » (dossier SUVA, pièce

277). Des certificats d'incapacité de travail ont certes encore été délivrés après le mois de juillet 2018, mais c'était à une période durant laquelle le recourant, encore dans l'attente d'être fixé sur le sort d'une longue procédure âprement disputée, n'était sans doute pas encore en mesure d'accepter l'idée que les séquelles de sa neuroborréliose s'étaient estompées. Dans le même temps, aucune nouvelle ponction lombaire n'ayant été pratiquée, il n'est, à cet égard, pas non plus possible de constater une rechute de la borréliose pour cette dernière période ». En ceci, faute notamment de pouvoir la prouver par des examens qui auraient résulté d'une nouvelle ponction lombaire, elle avait donc écarté l'hypothèse d'une rechute survenue en 2019. 7.3.4. Après l'entrée en force de ce dernier jugement, le recourant était encore intervenu auprès de la Cour de céans pour se plaindre de la SUVA qui tardait à lui verser les indemnités journalières échues auxquelles il avait désormais droit à dire de justice.

## **E. 8**

Position du recourant – maladie de Lyme chronique ? Pour l'essentiel, le recourant soutient qu'il est atteint d'une maladie de Lyme chronique fluctuante causée par la morsure des tiques en 2014 et que celle-ci est réapparue au mois d'août 2022 sous une forme invalidante à considérer comme une rechute. Il se fonde sur les avis de ses médecins traitants. Et tout particulièrement, aujourd'hui, celui de la Dre F. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, qui le suit depuis le départ à la retraite de la Dre E. \_\_\_\_\_, ainsi que ceux des médecins de la Clinique G. \_\_\_\_\_, à H. \_\_\_\_\_, en Allemagne, dans laquelle il a séjourné.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 18 Ces rapports ainsi produits par lui à l'appui de son mémoire, puis tout au long de la procédure, qu'il a également spontanément remis en mains propres à l'expert, posent le diagnostic d'une maladie chronique de Lyme invalidante. On se contentera de citer des extraits de trois de ces rapports, permettant aussi de mesurer l'évolution de l'état de santé du recourant entre le mois de juillet 2022 et le mois d'avril 2025, à la veille du nouvel examen par l'expert : - « L'interrogatoire relayant malaises non étiquetés, sueurs nocturnes profuses, dysesthésies de l'hémiface gauche, troubles de la mémoire et hyperacousie dans un contexte d'asthénie majeure sont révélateurs d'un Lyme neurologique. Les arthralgies et myalgies sont migratrices et très diversifiées. Il apparaît également des zones érythémateuses fugaces sur tout le corps. L'examen clinique n'est pas moins évocateur associant une symptomatologie riche : l'examen a révélé des tremblements des extrémités sans diminution de la force musculaire mais avec des dysesthésies de l'hémiface gauche et des zones hypoesthésie au niveau des membres inférieurs. Les réflexes sont peu vifs et symétriques. Il existe des problèmes de la compréhension majeurs associés à des troubles de l'équilibre yeux occlus, l'épreuve doigts-nez est difficile à faire, le suivi des yeux également. Les chiffres tensionnels sont corrects malgré une asthénie majeure. L'examen cardio- pulmonaire retrouve des pulsations très basses et aucune anomalie au niveau de l'auscultation pulmonaire. Les mollets sont souples, les pouls périphériques sont perçus, la circulation veineuse peu vue en raison d'un bronzage intense. Aucune anomalie n'est retrouvée au niveau de la peau. L'abdomen est sensible à la palpation et on note une absence de bruits avec une langue saburrale épaisse pathognomonique du Lyme. Selon cet examen clinique, il s'agit d'une rechute incontestable de Lyme » (rapport non daté de la Dre F. \_\_\_\_\_ à l'appui de la déclaration de rechute, dossier SUVA, annexe à la pièce 391) ; - « Diagnoses: multiple systemic infectious disease syndrome (MSIDS) with chronic lyme disease, pronounced psychiatric symptoms, suspicion of Bartonella infection. Mr. presented to us with MSIDS with chronic lyme disease, symptoms of Bartonella and Babesia

infection. We started to treat the existing infections. This was supported with infusions of vitamins and micronutrients tailored to him. He also received hyperthermia, ozone therapy, magnetic field therapy and light therapy. He also went to the gym. It was noticed that the patient had considerable concentration problems. Sometimes he could not remember what had been discussed with him. We see this as a symptom of the infections. This should improve in the course of the treatment. He also had a candida problem on his tongue » (rapport du 2 novembre 2023 de la Dre I. \_\_\_\_\_, spécialiste en maladie de Lyme-Borreliose et en infections chroniques, auprès de la Clinique G. \_\_\_\_\_, qui fait état de la présence chez le recourant de plusieurs maladies infectieuses dont une maladie de Lyme chronique, ainsi que des différents traitements entrepris) ; - « J'ai vu en consultation le patient pour une récurrence importante de ses symptômes le 11 avril 2025 à mon cabinet. Le patient est venu en train à son rendez-vous, ce jour-là je l'ai vu arriver épuisé, avec un casque anti-bruit sur les oreilles, il était pâle et cerné noir et amaigri depuis notre dernière consultation. Les mots étaient cependant distincts au début de mon interrogatoire mais la fluidité de ses explications commençait à être difficile et très vite il cherchait ses mots pour répondre à mes questions. Les traits de son visage se creusaient au fil de la conversation. A l'examen clinique, j'ai remarqué une asymétrie des réflexes entre le membre supérieur gauche, éteint par rapport au droit vif, de même au niveau du membre inférieur très peu vif à droite et absent à gauche. J'ai retrouvé une diminution de la force musculaire au niveau du membre supérieur gauche par rapport à la droite, de même au niveau du membre inférieur gauche. Cette anomalie s'est retrouvée à la recherche de

Tribunal cantonal TC Page 11 de 18 la sensibilité avec une hyperesthésie au niveau du visage surtout à gauche semblant s'accroître au fil de la consultation, au niveau des membres inférieurs, une hypoesthésie du membre inférieur gauche. Je n'ai pas retrouvé de nystagmus mais j'ai dû éteindre la lumière de mon cabinet pour examiner les yeux de mon patient pour une intolérance à la lumière, mais la lumière extérieure suffisait à compléter mon examen. Il n'existait pas d'asymétrie des traits du visage. L'examen de l'équilibre n'a pas pu être fait car le patient tombait en arrière et la marche yeux occlus impossible avec un risque de chute très important. (...) En conclusion, l'état neurologique du patient s'est aggravé, il a été confirmé par la positivité de la prise de sang fait à partir de la méthode des phages. Les traitements par Rocéphine semblent l'améliorer sur le plan clinique mais de façon moins probante actuellement. Dr J. \_\_\_\_\_ semble avoir trouvé un traitement plus intéressant puisque son épouse est atteinte de la même maladie mais la possibilité de le faire en Suisse n'est pas reconnue actuellement » (rapport de la Dre F. \_\_\_\_\_ du 22 avril 2025, remis par le recourant en mains propres à l'expert).

## **E. 9**

Position de la SUVA – pas de maladie de Lyme La position de la SUVA se comprend à la lecture de l'appréciation médicale du 1er décembre 2022 émanant de l'un de ses spécialistes, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie (dossier SUVA, pièce 448), lequel écartait tout lien de causalité entre les morsures de tiques subies en 2014 et les atteintes nouvellement annoncées et rejetait l'idée que le recourant puisse être atteint d'une neuroborréliose devenue chronique : « Sur le plan neurologique, la documentation médicale disponible, et notamment le rapport de la Dre F. \_\_\_\_\_ daté du 7.9.2022, ne contient aucune indication suggérant l'existence de déficits neurologiques objectivables pertinents en relation de cause à effet avec une morsure de tique déclarée en 2014. Compte tenu notamment des conclusions de l'appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_ en date du 29.11.2019, les

troubles de l'assuré ne peuvent être imputés au degré de la vraisemblance prépondérante à une morsure de tique déclarée en 2014. Aucun élément médical nouveau n'a été apporté. En se fondant sur la Ligne directrice S3 « Neuroborréliose » publiée en 2018 par la commission Lignes directrices de la Société allemande de neurologie (DGN) avec le concours de la Société Suisse de Neurologie (SSN), il n'existe aucune base d'évaluation prenant pour hypothèse une « neuroborréliose chronique ». Il convient ici de faire remarquer que le Dr K.\_\_\_\_\_ et le Dr D.\_\_\_\_\_ s'étaient déjà prononcés dans ce dossier mais leurs avis avaient été écartés par la Cour de céans qui avait suivi les conclusions de l'expertise judiciaire du Prof. C.\_\_\_\_\_ : « j'ai ensuite pris position pour le compte de la division juridique de la Suva quant à la conclusion d'une expertise présentée par le Prof. Dr C.\_\_\_\_\_ sur mandat du tribunal des assurances de Fribourg. J'ai statué que l'expertise du Prof. C.\_\_\_\_\_ ne livrait pas de nouveaux enseignements. Le Prof. C.\_\_\_\_\_ ne justifiait pas ses conclusions, ne tenait pas compte de la littérature actuelle concernant le diagnostic et le traitement de la neuroborréliose, et ne prenait pas en considération les appréciations divergentes du lien de causalité. Les explications peu exhaustives du Prof. C.\_\_\_\_\_ n'étaient pas convaincantes et ne fournissaient aucun argument permettant de remettre en question les conclusions de l'appréciation approfondie du Dr D.\_\_\_\_\_ ».

Tribunal cantonal TC Page 12 de 18

## **E. 10**

Expertise du Prof. C.\_\_\_\_\_ du 23 juillet 2025 On constate à la lecture de ce qui précède que les parties sont figées dans leurs positions.

### **E. 10.1**

Les spécialistes de la SUVA n'ont jamais véritablement accepté l'idée que le recourant ait été atteint de la maladie de Lyme. Quant au recourant, il peine à admettre qu'on l'ait déclaré guéri en 2018. La Cour a ainsi décidé d'entendre à nouveau le Prof. C.\_\_\_\_\_ pour lui demander de répondre aux questions nouvellement soulevées dans ce dossier, notamment celles de savoir si le recourant a subi une rechute ou s'il doit être considéré comme chroniquement malade d'une atteinte accidentellement transmise en 2014.

### **E. 10.2**

Les réponses du Prof. C.\_\_\_\_\_, qui a examiné le recourant le 23 avril 2025, sont ici intégralement reproduites, avec les questions qui lui ont été posées : « 1. Monsieur a-t-il subi une rechute de sa Maladie de Lyme, respectivement de sa neuroborréliose, comme il l'a annoncé au mois d'août 2022 ? Avec quel degré de probabilité peut-on estimer que les symptômes nouvellement diagnostiqués sont en lien avec les morsures de tiques subies à l'époque ? a) Rechute ? Une rechute par définition fait suite à une période de rémission et serait causée par le même agent initial. Or, le patient décrit très bien qu'il allait beaucoup mieux suite aux nombreuses cures d'antibiotiques. Il refaisait du jogging était en forme entre 2018 et 2021 arrivait même à courir 20 km. En l'absence de réinfection, avec un intervalle de bonne santé de nombreux mois, il est donc très peu probable que Monsieur ait subi une rechute de sa Maladie de Lyme en août 2022. b) Degré de probabilité que les symptômes sont en lien avec les morsures de tiques subies à l'époque? Très, très faible. Proche de zéro car ce n'est pas la physiopathologie de la maladie de Lyme de récidiver des années plus tard. Une nouvelle infection (réinfection) en revanche peut survenir. Ceci est cependant très peu probable au vu de l'attention particulière que Monsieur porte sur l'examen de son corps après ses sorties et les habits qu'il porte. Il est devenu très anxieux face aux tiques et très

prudent. Il a diminué le risque d'exposition aux tiques : lac en été et peaux de phoques en hiver. 2. Que nous disent les derniers résultats des analyses sérologiques dont il se prévaut, notamment par rapport aux résultats des analyses auxquelles vous avez procédé en 2018 ? Rien de nouveau. Certains des tests présentés sont très controversés, ne sont pas validés par la majorité des sociétés médicales et ne sont pas nécessairement associés à une symptomatologie clinique. Monsieur a une sérologie positive sanguine pour la maladie de Lyme et cette cicatrice sérologique va rester présente durant des années. Elle ne signifie pas une infection active. Seul des examens quantitatifs par biologie moléculaire (PCR) de prélèvements stériles (par exemple sang, liquide cébrospinal, liquide articulaire) permet aujourd'hui de documenter objectivement une infection active. Ceci n'apparaît pas dans les documents fournis. Je constate par ailleurs que lors de « sa rechute de neuro-Lyme avec paralysie de l'hémicorps » en 2021-22, qu'il n'a pas eu d'investigations neurologique et spécifiquement pas de ponction lombaire. Ceci me surprend sachant l'importance de ce geste pour documenter le neuro-Lyme chez un patient qui venait de « sortir » de mois de tractations juridiques pour obtenir les indemnités de la SUVA. Il consulte préférentiellement son médecin traitant ou (sa médecin « Lyme » qui constate cliniquement des asymétries des réflexes et des paralysies motivant des cures d'antibiotiques iv (ceftriaxone). De

Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 même un bilan électromyographique par un neurologue n'a pas été effectué (pour documenter une éventuelle radiculopathie). 3. Pour le cas où il ne s'agirait pas d'une rechute, peut-on toutefois admettre que Monsieur soit atteint d'une autre maladie causée par une morsure de tique, selon une hypothèse soulevée par la Clinique G. \_\_\_\_\_ ? Là encore, avec quel degré de probabilité ? Théoriquement oui, mais les maladies évoquées par la clinique G. \_\_\_\_\_ auraient dû être traitée[s] et guérie[s] par les multiples cures d'antibiotiques reçues. Lors de la visite du 23 avril, Monsieur se plaint de désorientation spatiale, d'intolérance aux bruits, de paralysies soudaines transitoires, de douleurs articulaires au niveau des mains ou des pieds transitoires, d'hypersensibilité auditive qui l'empêche d'avoir des activités sociales ou de supporter les transports publics ou la musique au fitness. Il évoque aussi un épisode de douleurs des globes oculaires. Ces symptômes sont fluctuants, ils ne sont pas systématiquement traités par antibiotiques. Le patient et sa médecin généraliste associe[nt] les symptômes à la maladie de Lyme et décrit parfois une réponse immédiate des symptôme[s] grâce aux perfusions d'antibiotiques. 4. Monsieur soutient qu'il est désormais atteint d'une Maladie de Lyme, respectivement d'une neuroborréliose devenues chroniques. Cela se peut-il, en l'état des connaissances médicales ? Si tel n'était pas le cas, pouvez-vous nous expliquer pourquoi ce type d'atteintes ne peut pas devenir chronique ? Y aurait-il des raisons de penser que Monsieur aurait pu subir une nouvelle infection suite à de nouvelles morsures ? Je ne pense pas que Monsieur soit désormais atteint d'une neuroborréliose chronique pour les raisons suivantes : a) L'intervalle libre en pleine forme après traitement rend ce diagnostic peu probable b) la symptomatologie est très diffuse et concerne le système nerveux central et périphérique sur de multiples racines nerveuses c) la symptomatologie est très fluctuante d) l'examen neurologique du jour est objectivement normal, hormis une hypersensibilité tactile (lors des réflexes tendineux essentiellement). La musculature des membres inférieures est par ailleurs symétrique. Nous avons eu un entretien de presque 4 heures de temps, sans interruption. Les capacités de concentration de Monsieur et sa résistance ont été bonnes. Au cours de l'entretien, j'ai observé une amélioration de sa thymie, du rythme de son discours, des mouvements de son corps et de ses capacités à « me défier ». Il paraissait initialement

très abattu, ralenti et plaintif. Au cours de l'entretien, il a retrouvé de l'énergie et du répondant lorsque j'ai partagé mes inquiétudes sur sa prise en charge médicale avec un « réseau de médecins » en Suisse et à l'étranger très orienté « Lyme ». Il a une admiration pour le Dr J. \_\_\_\_\_ similaire à celle que l'on pourrait avoir pour une star de rock ou sport. Son énergie et le temps passé à créer un dossier solide pour que la SUVA reconnaisse et « paie » un Lyme chronique démontre malgré tout qu'il a encore de bonnes capacités cognitives et qu'il structure sa vie autour de « ça ». Dans quelle mesure ceci lui est nécessaire pour survivre mériterait, à mon avis, un avis psychiatrique. Une nouvelle infection comme évoqué à la question 2 est théoriquement possible mais peu probable chez Monsieur pour les raisons déjà évoquées. 5. Pour le cas où les symptômes nouvellement apparus constitueraient une rechute ou auraient été causés par des morsures de tiques - éventuellement par des nouvelles morsures - pouvez-vous déjà estimer, sur la base des pièces et attestations médicales figurant au dossier si Monsieur a subi une incapacité de travail ? Et, dans l'affirmative, pendant combien de temps et à quel taux ? Comme décrit précédemment, je ne pense pas que les symptômes nouvellement apparus constituent une rechute ou soi[en]t associé[s] à une nouvelle infection par la borréliose. J'ai

Tribunal cantonal TC Page 14 de 18 investigué auprès du patient et dans les documents que vous m'avez transmis qui délivrait des arrêts de travail. Il apparaît que ses médecins généraliste (le Dr L. \_\_\_\_\_, Dr M. \_\_\_\_\_ et Dre F. \_\_\_\_\_) ont délivré des arrêts de travail. Il m'est difficile de me prononcer rétrospectivement sur son incapacité de travail, sa durée et son taux. En revanche, je suis surpris que des demandes à l'assurance invalidité n'aient pas eu lieu avant 2025. Compte tenu de la chronicité des plaintes (et la multitude des arrêts de travail), mon autre étonnement est l'absence de soins multidisciplinaires à long terme entre un généraliste, un neurologue (le patient est connu pour une tumeur bénigne du cerveau qui nécessite un suivi) un psychiatre et possiblement un neuropsychologue. Ce jour, il n'y a pas beaucoup de doute que les répercussions psychologiques du périple de santé, de précarité sociale, de deuils professionnels et d'historique de conflits/isolements familiaux de Monsieur nécessiterait aussi une prise en charge psychiatrique (avec une participation active et volontaire du concerné). 6. (Question subsidiaire de 2025). Quelle est votre position sur le contenu des informations complémentaires reçues en décembre 2024 suite au courrier de la Dre F. \_\_\_\_\_ du 24.11.2024 ? La prise en charge à la clinique G. \_\_\_\_\_ durant 3 semaines, lui a été bénéfique car on s'est occupé de lui avec écoute, massage, repos, bains, entretiens multiples. Ils concluent de facto qu'un suivi pluridisciplinaires comprenant un soutien psychologique est important. Je n'ai pas observé un suivi de ce conseil durant l'entretien du jour ni dans les documents fournis. La prise en charge médicale ces dernières années est régulièrement orientée vers des perfusions de Rocéphine (19, 29 ou 49 selon les médecins). La Dre F. \_\_\_\_\_ dit qu'au retour de la clinique, les symptômes de Monsieur (attribués à la maladie de Lyme) ont récidivé en raison d'écart alimentaire avec des repas à base de produits laitiers, gluten, sucre ou une bière. Ceci devrait, selon moi, faire évoquer un autre diagnostic que la maladie de Lyme. Elle évoque le bilan sanguin RedLabs de Belgique à base de phage comme une preuve indéniable que la bactérie est encore active chez Monsieur. Ces tests ne sont pas validés en Suisse et n'ont pas fait encore l'objet d'études cliniques robustes. Ils ne sont pas reconnus non plus par nos collègues de France ; recommandations de bonne pratique : Borréliose de Lyme et autres maladies vectorielles à tiques (haute autorité de santé, 18 février 2025. Accessible : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)). Elle mentionne le Docteur J. \_\_\_\_\_ qui a déposé une demande de validation de traitements dans le Lyme chronique - traitements qui n'ont jamais fait leurs preuves et sont

spécifiquement déconseillés par les recommandations de bonne pratique de la haute autorité de santé de France ».

## **E. 11**

Discussion

### **E. 11.1**

Dans un premier temps - et c'est la raison même pour laquelle la Cour a une nouvelle fois sollicité l'avis du Prof. C. \_\_\_\_\_ -, il convient de constater que les avis médicaux sur lesquels se basent les parties sont probablement biaisés à l'heure actuelle, après des années de procédure durant lesquelles ces dernières n'ont jamais varié dans leurs positions initiales. La valeur probante de ces différents avis est ainsi d'emblée discutable. En ce qui concerne tout d'abord les rapports de la Dre F. \_\_\_\_\_, sur lesquels le recourant se base principalement, ceux-ci n'émanent pas d'un spécialiste mais d'un médecin généraliste dont il n'est pas interdit de penser qu'elle s'exprime en faveur du patient qu'elle traite désormais et qui se bat depuis une dizaine d'années contre la SUVA. Elle fait certes état des différents symptômes dont il serait atteint, mais sans toutefois expliquer en quoi ceux-ci seraient causés par la maladie de

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 Lyme, sa thèse reposant essentiellement sur le fait que, parce que le recourant avait à l'époque été atteint par une telle maladie, celle-ci serait toujours d'actualité, ce qui s'apparente, peu ou prou, au raisonnement de type « après l'accident, donc à cause de l'accident » (« post hoc, ergo propter hoc ») ne sachant être considéré comme un moyen de preuve. Pour leur part et comme il a été déjà dit, la thèse inverse soulevée par les spécialistes de la SUVA tend à remettre en cause la présence même, à l'époque, de la maladie de Lyme chez le recourant, ces derniers spécialistes faisant peu de cas des jugements rendus dans le cadre de cette affaire.

### **E. 11.2**

Il sied à présent de se pencher sur l'expertise judiciaire du Prof. C. \_\_\_\_\_. Ce dernier a répondu clairement aux questions qui lui avaient été posées, sur la base du dossier médical complet, qui comprend notamment les rapports spontanément fournis par le recourant tout au long de la procédure, qui lui ont été systématiquement transmis, ou même remis en mains propres par ce dernier.

#### **E. 11.2.1**

Le Prof. C. \_\_\_\_\_ a dans un premier temps écarté l'hypothèse d'une rechute après presque trois ans durant lesquels le recourant était allé mieux et s'était remis à faire du sport. Il a estimé à quasiment zéro l'hypothèse d'une récurrence, des années plus tard, de la maladie causée par les morsures de tiques en 2014, dans la mesure où une telle réapparition tardive n'entrerait pas dans « la physiopathologie de la maladie de Lyme ». Par ailleurs, il a exclu que le recourant ait pu être infecté par de nouvelles morsures, ce que ce dernier n'a d'ailleurs jamais soutenu. Il a ensuite considéré que les analyses sérologiques étaient superposables à celles existant déjà en 2018 quand il avait déclaré le recourant guéri, relevant que la « cicatrice sanguine » attestant de la présence chez lui, à l'époque, de la maladie de Lyme, allait encore rester présente durant des années. Il a, à cet égard, fait remarquer que les tests auxquels le recourant avait été soumis étaient très controversés et ne faisaient l'objet d'aucune validation. En l'absence d'une nouvelle ponction lombaire, ces résultats ne permettaient pas de conclure à l'existence d'une maladie de Lyme active. Dans

la mesure où le recourant consultait « préférentiellement » sa généraliste traitante, l'expert laisse entendre que les tests effectués n'étaient pas suffisamment spécifiques.

### **E. 11.2.2**

Le Prof. C.\_\_\_\_\_ a estimé que le recourant aurait « théoriquement » pu être atteint d'une autre maladie causée par la morsure de tiques, mais celles-ci auraient été guéries par les multiples cures d'antibiotiques. Au demeurant, certains des symptômes décrits par le recourant ne se soigneraient pas par antibiotiques, quand bien même ce dernier et sa médecin généraliste observaient parfois une « réponse immédiate » de ces symptômes grâce aux perfusions d'antibiotiques. Sur ce point précis, l'expert laisse entendre que toute prise en charge serait orientée et reposerait sur le présumé que le recourant est toujours atteint de la maladie de Lyme alors même que certains des symptômes pourraient suggérer la présence d'une autre atteinte. Se prononçant sur le dernier rapport de la Dre F.\_\_\_\_\_ qui lui avait été remis, il s'est étonné que, après avoir été traité en clinique, les symptômes seraient réapparus chez le recourant en raison d'« écarts alimentaires », ce qui évoquerait pour lui un autre diagnostic qu'une maladie de Lyme.

### **E. 11.2.3**

Le Prof. C.\_\_\_\_\_ a ainsi écarté l'hypothèse d'une maladie de Lyme qui serait devenue chronique, au vu notamment du long intervalle libre en pleine forme après traitement, de la symptomatologie diffuse et fluctuante. Par ailleurs, l'examen neurologique auquel il a personnellement procédé s'est avéré normal et il avait pu observer une amélioration progressive de la thymie et des fonctions cognitives du recourant au cours de l'entretien, ceci alors même que ce dernier paraissait pourtant abattu, ralenti et plaintif à son arrivée. A la veille de l'expertise, il était

Tribunal cantonal TC Page 16 de 18 apparu encore plus abattu devant sa médecin traitante, laquelle avait évoqué une nouvelle récurrence importante: « ce jour-là je l'ai vu arriver épuisé, avec un casque anti-bruit sur les oreilles, il était pâle et cerné noir et amaigri depuis notre dernière consultation ». Toutes ces explications et conclusions détaillées du Prof.

C.\_\_\_\_\_ sont convaincantes et son rapport d'expertise - à l'intégralité duquel il convient pour le surplus de renvoyer -, mérite dès lors d'être suivi. Il ne saurait être remis en cause par le recourant au seul motif qu'il ne lui est pas favorable.

### **E. 11.3**

Le Prof. C.\_\_\_\_\_ suggère finalement que la prise en charge du recourant est focalisée sur la maladie de Lyme alors même qu'il existerait d'autres pistes médicales requérant une prise en charge pluridisciplinaire qui n'avait pas été entreprise. Cette hypothèse paraît hautement probable et la Dre F.\_\_\_\_\_ reconnaît elle-même dans son rapport du 22 avril 2025 que le traitement mis en place pour lutter contre la maladie de Lyme est moins efficace, le recourant ne cessant pour sa part de se prévaloir de nouvelles aggravations semblant évoluer tout au long de la procédure. Dans un rapport du 21 juillet 2025, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, signale une crise épileptique survenue en janvier 2025, en lien avec une « lésion intra-axiale cortico-sous-corticale para hippocampique antérieure droite », déjà présente depuis plusieurs années. Il relève avoir informé le recourant que « en présence d'une sclérose hippocampique, l'hypothèse d'une crise épileptique est tout à fait plausible ». Il ne soutient en revanche nullement que la maladie de Lyme serait à l'origine de ces troubles (document produit par le recourant le 2 septembre 2025). Ce dernier rapport est intéressant car le Dr N.\_\_\_\_\_ indique qu'un médicament

(Levetiracetam) avait été prescrit au recourant pour lutter contre l'épilepsie mais que celui-ci n'a pas été pris par lui car sa médecin traitante lui aurait dit qu'il était incompatible avec la médication qu'elle lui prescrivait. On ne peut là encore que s'interroger sur le traitement prodigué au recourant dont l'efficacité paraît douteuse et qui pourrait même avoir des incidences négatives sur le traitement d'autres atteintes avérées. A côté de tout cela, la piste psychiatrique est clairement mentionnée par le Prof C.\_\_\_\_\_. Elle avait été également signalée par la Dre I.\_\_\_\_\_ de la Clinique G.\_\_\_\_\_ qui relevait la présence chez le recourant de tels symptômes (« pronounced psychiatric symptoms »).

#### **E. 11.4**

Le Prof. C.\_\_\_\_\_ fait encore état de la présence d'un certain nombre de facteurs extra-médicaux susceptibles d'influencer le tableau. Il évoque ainsi « les répercussions psychologiques du périple de santé, de précarité sociale, de deuils professionnels » et un « historique de conflits/isolements familiaux ». Le contentieux avec l'assurance-accidents lui paraît, avoir pris une place centrale dans la vie du recourant (« son énergie et le temps passé à créer un dossier solide pour que la SUVA reconnaisse et « paie » un Lyme chronique démontre malgré tout qu'il a encore de bonnes capacités cognitives et qu'il structure sa vie autour de « ça »), ce dernier ne semblant aller mieux que lorsque l'on écoute et que l'on prend soin de lui, comme ce fut le cas lors de son séjour en clinique. C'est cette impression d'une fixation, entretenue encore par l'admiration portée à ses médecins allant dans son sens, qui fait enfin dire à l'expert qu'une prise en charge psychiatrique serait nécessaire dans le cas du recourant, dont les dernières interventions devant la Cour de céans donnent à tout le moins à craindre qu'il ne se laisse aller au désespoir alors même qu'il indique se Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 trouver dans la plus grande précarité et qu'il ne pouvait que s'attendre, après avoir pris connaissance des conclusions de l'expert, à ce que son recours soit rejeté.

#### **E. 12**

Synthèse Il découle en effet de tout ce qui précède que la thèse d'une rechute, respectivement de la présence d'une maladie de Lyme ou d'une neuroborréliose désormais chronique chez le recourant, n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. La responsabilité de l'assurance-accidents n'est par conséquent pas engagée à l'endroit des troubles nouvellement allégués par le recourant, apparus au mois d'août 2022. Son recours est ainsi rejeté. Au vu de l'arrêt rendu ce jour sur le fond, toute demande de mesures superprovisionnelles est par ailleurs devenue sans objet. La Cour ne saurait naturellement rester insensible à la situation de précarité dans laquelle se trouve actuellement le recourant à qui l'on ne peut que suggérer de s'adresser à l'assurance-invalidité et, dans l'attente d'une décision, à l'aide sociale.

#### **E. 13**

Frais et indemnité de partie La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice. Le recourant n'étant pas représenté, il n'a pas droit à une indemnité de partie. Vu la gratuité de la procédure, la requête d'assistance judiciaire partielle est sans objet. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 la Cour arrête : I. Le recours (605 2023 134) est rejeté. II. Toute demande de mesures superprovisionnelles est devenue sans objet. III. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué d'indemnité de partie. IV. La requête d'assistance

judiciaire partielle (605 2023 136) est sans objet. V. 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 2 octobre 2025/mbo Le Président La Greffière-stagiaire

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.