

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} février 2022

Composition : M. PIGUET, juge unique
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par Me Guillaume Etier, avocat à Genève,

et

Q._____, à [...], intimée.

**Art. 6 al. 1 et 10 al. 3 LAA ; 17 et 71 al. 2 OLAA ; 34 al. 2 et 52 al. 1
LAMal ;
36 al. 1 OAMal ; 4 LPGA.**

E n f a i t :

A. P. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est [...] depuis le 1^{er} août [...] de Y. _____ (ci-après : l'employeur). A ce titre, il est assuré à titre obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels auprès du Q. _____ (ci-après : Q. _____ ou l'intimée).

Dans un courrier du 28 août 2017, P. _____ a annoncé au Q. _____ avoir été victime, entre les mois de février et juin 2016, d'une morsure de tique. Il a expliqué s'être rendu, en juin 2016, pour un check-up chez son médecin traitant, le Dr X. _____, lequel avait alors diagnostiqué une borréliose. Après deux traitements aux antibiotiques inefficaces, ce médecin avait envoyé son patient pour une cure auprès de la Clinique L. _____ ([...]). L'assuré a requis du Q. _____ qu'elle prenne en charge les frais de ce traitement et, à ce titre, lui a transmis des factures émises entre les mois d'avril et août 2017 par ladite clinique.

Dans une déclaration d'accident-bagatelle du 4 septembre 2017, l'employeur a également annoncé le cas au Q. _____.

Par rapport du 2 octobre 2017, le Dr X. _____ a établi un diagnostic de probable maladie de Lyme causée par une pique de tique et remis les résultats d'examens effectués en laboratoire.

Dans une prise de position du 14 décembre 2017, Q. _____ a indiqué à l'assuré ne pas prendre en charge le traitement effectué en [...].

Le 3 avril 2018, l'assuré, désormais représenté par sa protection juridique, I. _____, a contesté la prise de position du Q. _____ et produit un rapport du 12 mars 2018 du Dr X. _____. Ce médecin indiquait que les cures d'antibiotiques qu'il avait mises en place s'étaient soldées par des échecs, de sorte qu'il avait envoyé l'assuré effectuer une cure à l'étranger dans une clinique disposant, selon lui, d'un protocole éprouvé et efficace. Le défaut de consultation préalable par un spécialiste en Suisse s'expliquait par l'absence de consensus des

médecins en Suisse sur la manière de diagnostiquer, respectivement de traiter la maladie de Lyme.

Par décision du 30 juillet 2019, Q._____ a refusé de prendre en charge le coût des traitements effectués entre les 10 avril 2017 et 23 juin 2019 à l'étranger.

Le 13 septembre 2019, l'assuré s'est opposé à ladite décision. Le 14 octobre 2019, il a complété son opposition en portant au dossier un rapport du 10 octobre 2019 du Dr X._____, lequel répétait les explications fournies à l'appui de ses rapports précédents, tout en précisant que le traitement mis en place par la Clinique L._____ correspondait à une antibiothérapie massive associée à une phytothérapie dans le cadre d'une alimentation contrôlée.

Par décision sur opposition du 17 février 2020, Q._____ a rejeté l'opposition, considérant que les traitements réalisés à l'étranger, dont le total s'élevait à 9'109 fr. 05, relevaient d'un choix personnel de l'assuré et ne justifiaient pas une prise en charge par le biais de l'assurance-accidents.

B. **a)** Par acte du 19 mars 2020, P._____, désormais représenté par Me Guillaume Etier, avocat à Genève, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 17 février 2020, concluant en substance à sa réforme, en ce sens que Q._____ soit condamnée à prendre en charge tous les frais (d'analyse, de consultation et des compléments médicamenteux) suisses et étrangers liés au traitement de la borréliose. Il a également requis la mise en œuvre d'une expertise, l'audition de plusieurs témoins, ainsi que la production par Q._____ de toute donnée permettant de déterminer le coût dont elle s'acquittait, par patient, pour le traitement de la borréliose. Au fond, il a en substance fait valoir que les capacités du système de santé suisse à établir un diagnostic et à fournir un traitement pour la maladie de Lyme étaient insuffisantes, inappropriées et inefficaces, faute de consensus médical national sur ces questions. Ces éléments justifiaient

le suivi médical effectué à l'étranger auprès d'une clinique spécialisée, lequel devait au demeurant être rapide, au risque de voir s'installer des séquelles durables de la maladie. A l'appui de son recours, P._____ a produit un rapport du 27 février 2020 de la Dre S._____, spécialiste en neurologie, laquelle le suivait depuis 2019.

b) Par réponse du 15 juin 2020, Q._____ a conclu au rejet du recours. Elle a principalement allégué qu'au vu des pièces au dossier, une morsure de tique identifiée à une date précise n'était pas prouvée au stade de la vraisemblable prépondérante. La survenance d'un accident, au sens de la réglementation applicable, n'était dès lors pas établie, de sorte que Q._____ n'avait pas à prendre en charge le coût des traitements et analyses effectués à l'étranger.

c) Répliquant le 14 juillet 2020, P._____ a confirmé ses conclusions du 19 mars 2020 et ajouté que les médecins auxquels se référait Q._____ n'étaient pas des spécialistes dans la maladie de Lyme, contrairement aux Drs X._____ et S._____.

d) Dupliquant le 20 octobre 2020, Q._____ a maintenu ses conclusions du 15 juin 2020 et produit un rapport du 17 juin 2020 et un courriel du 30 août 2020 du Dr J._____, spécialiste en infectiologie. Celui-ci indiquait avoir été consulté par P._____ les 17 avril et 22 mai 2018. Selon ce médecin, l'anamnèse faisait état de trois piqûres de tique entre 2015 et 2016, sans toutefois qu'un érythème chronique migrant ultérieur ou une autre manifestation clinique objective n'aient été constatés. Lors de son examen, il n'avait retrouvé aucun élément objectif lui permettant de soutenir l'hypothèse d'une borréliose et confirmait ne pas pouvoir retenir le diagnostic de maladie de Lyme pour les années 2016 et 2017.

e) Le 15 décembre 2020, P._____ a transmis de nouvelles pièces, dont un rapport du 19 juillet 2017 du Dr X._____.

f) Le 7 janvier 2021, Q._____ a rappelé que le Dr J._____ était le seul à avoir examiner le résultat des examens sérologiques de P._____.

g) Appelé par le juge instructeur à se déterminer, le Dr X._____ a, par rapport du 10 mars 2021, indiqué que, lors de la première consultation en lien avec des symptômes attribués à la maladie de Lyme du 5 juillet 2016, il n'avait pas constaté d'érythème migrant. Il avait fondé son diagnostic sur les symptômes de son patient et les résultats de laboratoire.

h) Dans ses déterminations du 15 avril 2021, P._____ a souligné que le Dr X._____ ne remettait en question ni le diagnostic de borréliose, ni la morsure de tique. S'agissant de l'absence de constatation d'érythème migrant, il était fort probable que ce médecin n'eut pas remarqué la trace de la morsure, laquelle avait pu déjà disparaître ou être cachée par les cheveux de P._____. A cet égard, il s'est référé à une « liste des symptômes » établie le 10 avril 2017 par le Dr B._____, médecin auprès de la Clinique L._____, lequel indiquait que l'emplacement de la pique se situait sur la tête.

i) Le 15 avril 2021 également, Q._____ a argué que le Dr J._____ pouvait se prévaloir d'une spécialisation en infectiologie, de sorte que son appréciation devait être préférée à celle du Dr X._____, s'agissant de l'interprétation des résultats d'examens en laboratoire.

j) Le 23 juillet 2021, le juge instructeur a soumis le dossier de la cause, ainsi qu'une liste de questions au Service des maladies infectieuses du Centre N._____ (ci-après : le Centre N._____). Dans son rapport du 13 septembre 2021, le Dr Z._____, spécialiste en infectiologie, a conclu qu'il ne pouvait pas confirmer le diagnostic de borréliose de Lyme, compte tenu des résultats des examens en laboratoire, ainsi que du fait que la symptomatologie présentée par P._____ était non spécifique de cette maladie.

k) Dans ses déterminations du 7 octobre 2021, P._____ a argué que l'appréciation du Centre N._____ se limitait à examiner les résultats sérologiques pour conclure à l'absence de borréliose, sans que ne soient pris en compte d'autres éléments médicaux essentiels pouvant expliquer ces résultats négatifs, telle qu'une prédisposition génétique particulière chez l'intéressé. Il existait également une production d'anticorps d'une coïnfection fréquente dans la maladie de Lyme également transmise par piqûre de tique, que le Centre N._____ n'avait pas prise en considération. Comme preuve de ses allégations, P._____ a transmis un rapport du 2 octobre 2021 de la Dre S._____, laquelle faisait notamment état d'une neuroinflammation compatible avec une neuroborréliose de Lyme chronique de stade III, de la présence d'anticorps spécifiques pour *Rickettsia conorii* et de la présence d'allèles HLA DQA1 0 501 et HLA DQB1 0302.

l) Q._____ s'est déterminée quant à elle les 7 et 29 octobre 2021.

E n d r o i t :

1. a) La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a été victime d'un accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA, respectivement si les traitements et analyses dont celui-ci a bénéficié en [...] doivent être pris en charge par l'intimée.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2 et les références citées).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références citées).

4. a) Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, lorsqu'une morsure de la tique du genre *Ixodes* existe et qu'une infection imputable aux germes véhiculés par celle-ci se manifeste, la transmission des germes est présumée. La morsure de la tique du genre *Ixodes* présente en effet toutes les caractéristiques de l'accident, avec pour corollaire que l'assurance-accidents est tenue de prendre en charge les cas de maladies infectieuses - maladie de Lyme, encéphalite virale - occasionnées par une telle morsure et leurs conséquences (ATF 122 V 230 consid. 5).

b) Bien que le pronostic à long terme de la borréliose de Lyme soit très favorable, des arthralgies, des myalgies et un état de fatigue peuvent subsister chez de rares patients malgré un traitement adéquat et instauré à temps, sans qu'il ne persiste une infection active. 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 (TF 8C_72/2014 du 28 avril 2014 consid. 4.2.1 et 8C_50/2013 du 4 avril 2013 consid. 3.2.1 ; J. Evison et alii, Diagnostic et traitement de la borréliose de Lyme chez l'adulte et l'enfant : recommandations de la Société suisse d'infectiologie, 3^e partie : prévention, grossesse, états d'immunodéficience, syndrome post-borréliose de Lyme, *in* Revue médicale suisse du 5 avril 2006, p. 939) :

1. Borréliose de Lyme antérieure documentée cliniquement et par des examens de laboratoire, selon les définitions de cas publiés ;
2. Traitement antibiotique documenté, complet et adapté au stade de la borréliose de Lyme selon les recommandations publiées ;
3. Pas d'évidence pour une infection active ;
4. Symptômes persistants, invalidants pour le patient dans son activité quotidienne, pendant plus de six mois après la fin d'un traitement antibiotique adéquat, avec un ou plusieurs des symptômes suivants : fatigue, arthralgies, myalgies, dysfonction cognitive objectivée, troubles radiculaires ;
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 autres ;
8. Exclusion de maladies psychiatriques ou d'un état obsessionnel.

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement

tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

6. a) En l'occurrence, il est constant qu'il n'existe aucune preuve directe, faute de constatation de l'existence d'un érythème migrant, que le recourant a été victime d'une morsure de tique en 2016 (cf. rapport du 17 juin 2020 du Dr J._____, rapport du 10 mars 2021 du Dr X._____ et rapport du 2 octobre 2021 de la Dre S._____). A cet égard, le recourant ne saurait rien tirer de la « liste des symptômes » du 10 avril 2017 du Dr B._____. En effet, ce médecin, s'il a bien indiqué que l'emplacement

de la piqure se situerait sur la tête, a également mentionné ne pas avoir constaté d'érythème migrant.

De fait, la survenance d'un tel événement n'a été que supposée en raison du diagnostic de borréliose de Lyme posé par le Dr X._____, lequel s'est fondé sur la présence, chez son patient, d'une symptomatologie consistant en fièvre rénitente, polyarthralgies, myalgies diffuses, fatigabilité, manque de concentration et de motivation (cf. rapport du 10 mars 2021 du Dr X._____). Ce diagnostic a ensuite été confirmé par la Clinique L._____ ainsi que par la Dre S._____, dans son rapport du 2 octobre 2021.

b) Les Drs J._____, dans son rapport du 17 juin 2021, et Z._____, dans son rapport du 13 septembre 2021, ont, sur la base des sérologies de dépistage effectuées pour la maladie de Lyme, considéré que le diagnostic de maladie de Lyme ne pouvait être retenu chez le recourant. En effet, selon le Dr Z._____, les examens réalisés en Suisse, en date des 5 juillet et 15 septembre 2016, ont montré des IgG (immunoglobulines G) négatifs ainsi que des IgM (immunoglobulines M) positifs avec un Western Blot totalement négatif pour les IgG et les IgM (cf. rapport établi par le laboratoire R._____). Compte tenu de l'exposition au mois de mars 2016 et d'une symptomatologie non-aigue - soit en l'absence d'un érythème migrant, mais en présence de symptômes systémiques -, la sérologie en IgG aurait dû être positive en cas d'exposition avérée. Il s'agissait ainsi d'un faux positif en IgM, de sorte que le recourant ne remplissait pas les critères d'un diagnostic avéré de la borréliose. Le Dr J._____ est d'ailleurs arrivé aux mêmes conclusions. Le Dr Z._____ a encore ajouté que les examens sérologiques répétés en date du 11 avril 2017 en Suisse s'avéraient superposables à ceux présentés en 2016 (voir le rapport du 18 avril 2017 du laboratoire V._____). Les résultats des analyses effectuées en [...] - non reconnues par la Société suisse d'infectiologie - s'étaient au final également avérés négatifs (limites ; voir les rapports des 8 mars, 6 juillet, 4 octobre et 10 novembre 2017 du laboratoire de la Clinique L._____).

c) Pour sa part, la Dre S._____, dans son rapport du 2 octobre 2021, estime, à la lumière de diverses analyses (examen neurologique, imagerie par résonance magnétique cérébrale, examens de laboratoire, ponction lombaire), de particularités génétiques du recourant et de divers articles de doctrine médicale, qu'ils existent plusieurs indices laissant à penser que le recourant aurait développé une maladie de Lyme (présence de bandes oligoclonales dans le LCR, prédisposition génétique HLA, présence de coïnfections [*rickettsia conorii* ; *chlamydia pneumoniae*]). Pour autant, le raisonnement développé par la Dre S._____ est construit dans une très large mesure sur de simples hypothèses, lesquelles ne permettent cependant pas de retenir, faute d'éléments clairement objectivés, l'existence d'une borréliose de Lyme.

d) Dans ces conditions, il y a lieu de considérer qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a été victime d'une morsure de tique à l'origine d'une maladie de Lyme et, partant, d'un accident au sens de la LAA.

7. Dans l'hypothèse où l'existence d'une morsure de tique à l'origine d'une maladie de Lyme et, partant, d'un accident au sens de la LAA devait néanmoins être reconnue, le recours devrait en tout état de cause être rejeté.

a) En Suisse, la prise en charge des soins de santé par les outils collectifs de financement (assurance-maladie, assurance-accidents, assurance-invalidité) est gouvernée par le principe de la territorialité. En vertu de ce principe, seules les prestations dispensées en Suisse sont, en règle générale, prises en charge par les assurances sociales ; certaines situations particulières permettent néanmoins des exceptions.

b) S'agissant de l'assurance-accidents, l'art. 10 al. 1 LAA prévoit que l'assuré a notamment droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même

qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b), ainsi qu'au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital (let. c). L'alinéa 3, 1^{ère} phrase, de cette disposition précise que le Conseil fédéral peut définir les prestations obligatoirement à la charge de l'assurance et limiter la couverture des frais de traitement à l'étranger.

Faisant usage de la délégation de compétence de l'art. 10 al. 3 LAA, le Conseil fédéral a édicté l'art. 17 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202), selon lequel les frais occasionnés par un traitement médical nécessaire subi à l'étranger sont remboursés jusqu'à concurrence du double du montant de ceux qui auraient résulté d'un traitement en Suisse.

Bien que la notion d'urgence ne soit pas expressément mentionnée dans la loi, le critère de la nécessité implique que seuls les soins permettant à la personne assurée de rentrer en Suisse pour y poursuivre le traitement sont à charge de l'assurance sociale (ANNE-SYLVE DUPONT, Les soins dispensés hors des frontières cantonales et nationales, in *Mobilité et migration : impacts pour le droit de la santé*, Berne 2019, p. 121). Ne sont ainsi pas couverts par l'assurance-accidents - sous réserve de dispositions expresses d'une convention internationale - les soins dispensés à un assuré suisse qui se rend volontairement à l'étranger pour bénéficier d'un traitement programmé (KASPAR GEHRING, in *KVG/UVG Kommentar*, 2018, n. 18 ad art. 10 LAA).

Pour une partie de la doctrine (KASPAR GEHRING, *op. cit.*, n. 18 ad art. 10 LAA), il y a lieu d'appliquer par analogie les dispositions en matière d'assurance-maladie. Selon l'art. 34 al. 2, 1^{ère} phrase, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2 ou 29 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Cette dernière notion doit être interprétée restrictivement (ATF 134 V 330

consid. 2.4). Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 de l'ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102), intitulé "Prestations à l'étranger". Selon l'alinéa 1^{er} de cette disposition, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 de la LAMal dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse (une liste de ces prestations n'a cependant pas été établie; cf. ATF 131 V 271 consid. 3.1; 128 V 75). Une exception au principe de la territorialité selon l'art. 36 al. 1 OAMal, en corrélation avec l'art. 34 al. 2 LAMal, n'est admissible que dans deux éventualités du point de vue de la LAMal. Ou bien il n'existe aucune possibilité de traitement de la maladie en Suisse; ou bien il est établi, dans un cas particulier, qu'une mesure thérapeutique en Suisse, par rapport à une alternative de traitement à l'étranger, comporte pour le patient des risques importants et notablement plus élevés. Il s'agira, en règle ordinaire, de traitements qui requièrent une technique hautement spécialisée ou de traitements complexes de maladies rares pour lesquelles, en raison précisément de cette rareté, on ne dispose pas en Suisse d'une expérience diagnostique ou thérapeutique suffisante. En revanche, quand des traitements appropriés sont couramment pratiqués en Suisse et qu'ils correspondent à des protocoles largement reconnus, l'assuré n'a pas droit à la prise en charge d'un traitement à l'étranger en vertu de l'art. 34 al. 2 LAMal. C'est pourquoi les avantages minimes, difficiles à estimer ou encore contestés d'une prestation fournie à l'étranger, ne constituent pas des raisons médicales au sens de cette disposition; il en va de même du fait qu'une clinique à l'étranger dispose d'une plus grande expérience dans le domaine considéré (ATF 134 V 330 consid. 2.3; 131 V 271 consid. 3.2 et les références; TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.1; RAMA 2003 n° KV 253 p. 231 consid. 2). Dans ces circonstances, l'assuré n'a également pas droit au remboursement d'un montant équivalent aux frais qui auraient été occasionnés si le traitement avait eu lieu en Suisse (pas de droit à la substitution de la prestation; ATF 131 V 271 consid. 3.2; 126 V 330 consid. 1b).

c) Conformément à l'art. 71 al. 2 OLAA, les assureurs remboursent les médicaments, les spécialités pharmaceutiques et les analyses de laboratoire d'après les listes qui ont été établies conformément à l'art. 52 al. 1 LAMal.

Tant la liste des analyses (LA ; art. 52 al. 1 let. a ch. 1 LAMal ; art. 34 et art. 60 à 62 OAMal ; art. 28 de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins [OPAS ; RS 832.112.31] ; annexe 3 à l'OPAS) que la liste des médicaments avec tarifs (LMT ; art. 52 al. 1 let. a ch. 2 LAMal ; art. 34 et 63 OAMal ; art. 29 OPAS ; annexe 4 à l'OPAS), la liste des spécialités (LS ; art. 52 al. 1 let. b LAMal ; art. 34 et art. 64 à 75 OAMal ; art. 30 à 38 OPAS) et la liste des appareils et moyens (LiMA ; art. 52 al. 1 let. a ch. 3 LAMal ; art. 33 let. e OAMal ; art. 20 à 24 OPAS; annexe 2 à l'OPAS) constituent des listes positives de prestations. Celles-ci ont pour caractéristique d'être à la fois exhaustives et contraignantes, parce que les assureurs-maladie ne peuvent, en vertu de l'art. 34 al. 1 LAMal, prendre en charge que les prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal. En d'autres termes, le système légal exclut la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une prestation sous forme d'analyse, de médicament ou encore d'appareil ou de moyen, qui n'est pas mentionnée dans la LA, respectivement la LMT, la LS ou la LiMA (pour les analyses : TFA K 55/05 du 24 octobre 2005 consid. 1.3 ; pour les médicaments : ATF 136 V 395 consid. 5.1 ; 134 V 83 consid. 4.1 ; 131 V 349 consid. 2.2 ; 130 V 532 consid. 3.4 ; voir également TFA K 156/01 du 30 octobre 2003 consid. 3.2.1, in RAMA 2004 n° KV 272 p. 109, et K 63/02 du 1^{er} septembre 2003 consid. 3.2, in RAMA 2003 n° KV 260 p. 299 ; pour les appareils et moyens : ATF 136 V 84 consid. 2.2 ; voir également TF 9C_216/2012 du 18 décembre 2012 consid. 2.2, in SVR 2013 KV n° 12 p. 60 ; TF 9C_92/2012 du 12 avril 2012 consid. 4.1, in SVR 2012 KV n° 19 p. 69 ; TFA K 157/00 du 5 novembre 2001 consid. 3b, in RAMA 2002 n° KV 196 p. 7).

Le principe de territorialité est applicable dans le domaine des analyses médicales en laboratoire. La prise en charge par l'assurance

obligatoire des soins des coûts d'une analyse réalisée à l'étranger n'est possible que si cette dernière figure dans la liste des analyses, avec une annotation correspondante concernant sa réalisation à l'étranger. Si tel n'est pas le cas, l'analyse ne représente pas une prestation obligatoire de l'assurance obligatoire des soins (cf. la prise de position de l'OFAS [Office fédéral des assurances sociales] du 19 décembre 2003 relative à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des analyses de laboratoire effectuées à l'étranger ; la lettre-circulaire de l'OFSP [Office fédéral de la santé publique] du 24 juillet 2013 relative à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des analyses de laboratoire effectuées à l'étranger ; la réponse du Conseil fédéral à une interpellation du Conseiller national Grüter du 25 septembre 2018 [18.3831 - Analyses effectuées par les grands laboratoires. Tarifs selon la LAMal et liste des analyses]).

8. a) A titre liminaire, il y a lieu de constater qu'il n'est pas nécessaire d'examiner la question de la prise en charge du traitement et des analyses de manière séparée, dès lors que la réalisation des analyses était indissociable du traitement mis en œuvre au sein de la Clinique L._____ et s'inscrivait dans une solution thérapeutique globale. Au contraire, il se justifie dans le cas d'espèce d'examiner la problématique à la seule lumière des principes développés en matière de traitement médical subi à l'étranger. Ce constat a pour corollaire que la question de savoir si tout ou partie des analyses mises en œuvre en [...] sont validées ou non par la communauté scientifique (cf. rapport du Dr Z._____ du 13 septembre 2021) peut demeurer indécise.

b/aa) S'agissant de la question de la prise en charge du traitement médical, il sied de retenir, dans un premier temps, que le recourant s'est rendu volontairement en [...] à compter du mois d'avril 2017 afin de bénéficier d'un traitement dispensé par la Clinique L._____, soit bien après la survenance des premiers symptômes intervenues au printemps 2016. Il convient par conséquent de nier le caractère d'urgence du traitement que le recourant a suivi à l'étranger.

bb) Cela étant, il y a lieu d'examiner, dans un second temps, si le traitement dispensé par ladite clinique doit être pris en charge, au motif qu'il n'existerait aucune possibilité de traitement de la maladie en Suisse.

A cet égard, le Dr Z._____, dans son rapport du 13 septembre 2021, a indiqué que le traitement admis pour traiter les symptômes liés à la borréliose de Lyme consistait principalement en de la physiothérapie, de la psychothérapie et des médicaments antalgiques. Il a expliqué que le traitement proposé à la Clinique L._____ (traitement antibiotique prolongé, couplé ou non avec de la médecine douce) n'était pas reconnu par la communauté scientifique et médicale, au motif qu'il n'y avait pas d'étude randomisée évaluant l'efficacité de ce traitement sur des cas prouvés et bien documentés avec une(des) mesure(s) objective(s) de l'efficacité du traitement. L'absence de prise en charge par la sécurité sociale allemande vient d'ailleurs confirmer ce point.

Pour sa part, le Dr X._____ se contente d'affirmer qu'en Suisse, il n'existerait pas de consensus sur la manière de diagnostiquer, respectivement de traiter la maladie de Lyme et qu'il n'y aurait pas de spécialiste pouvant s'occuper exclusivement de cette maladie (cf. rapports des 12 mars 2018 et 10 octobre 2019). Les sources auxquelles se réfère ce médecin (« plusieurs collègues spécialistes sur le sujet », « différents colloques et conférences » auxquels il avait participé et des « émissions TV de large public » ; voir les rapports des 19 juillet 2017 et 10 octobre 2019) ne permettent pas d'exclure l'existence en Suisse de solutions thérapeutiques adaptées. D'ailleurs, la Dre S._____, si elle a relevé les diversités des pratiques nationales, n'a aucunement conclu à l'absence de possibilités de traitement ou de spécialistes en la matière en Suisse (cf. rapports des 27 février 2020 et 2 octobre 2021).

Quant au fait que le traitement ait produit des résultats positifs chez le recourant, il ne saurait suffire à justifier sa prise en charge par l'assureur-accidents (cf. rapports des 19 juillet et 2 octobre 2017 du Dr X._____).

c) Force est donc de constater que les conditions posées à la prise en charge des traitements et analyses effectués à l'étranger par le recourant ne sont pas remplies en l'espèce.

9. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises, soit notamment l'audition des médecins traitants du recourant, la mise en œuvre d'une expertise et la production par l'intimée de données relatives aux coûts des traitements de la maladie de Lyme en Suisse (appréciation anticipée des preuves ; TF 8C_253/2020 du 12 novembre 2020 consid. 3.2 et les références citées). En outre, on voit mal en quoi une expertise permettrait la mise en œuvre de mesures qui n'auraient pas déjà été réalisées par les médecins consultés, respectivement d'établir la preuve de la morsure de tique invoquée par le recourant.

10. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 17 février 2020 confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 17 février 2020 par Q._____, est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Guillaume Etier (pour P. _____),
- Q. _____,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :