

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/301/2024

ATAS/39/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 janvier 2025

Chambre 4

En la cause

A_____

recourante

représentée par Maître Sacha CAMPORINI, avocat

contre

BÂLOISE ASSURANCE SA

intimée

représentée par Maître Michel D'ALESSANDRI, avocat

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER et Antonio Massimo DI TULLIO, juges assesseurs

EN FAIT

- A.** a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1975, ressortissante française et mariée.
- b. Elle a travaillé comme infirmière auprès de B_____ (ci-après : B_____) depuis le 1^{er} décembre 2013 et était assurée à ce titre contre les conséquences des accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles par la Bâloise Assurances SA (ci-après : la Bâloise ou l'intimée). Le 21 décembre 2023, les B_____ ont mis un terme au rapport de service avec l'assurée au 30 avril 2024, en raison du fait qu'elle avait épuisé son droit aux prestations pour cause de maladie et qu'elle n'avait plus de droit à un salaire.
- B.** a. Le 8 décembre 2020, les B_____ ont adressé à la Bâloise une déclaration d'accident LAA indiquant que l'assurée avait, le 30 novembre 2020, été déclarée positive à la COVID-19 dans le cadre professionnel, où elle était en contact avec des patients contaminés. Elle était en incapacité de travail depuis le 1^{er} décembre 2020.
- b. Dans un rapport établi le 17 février 2021, la docteure C_____, médecin cheffe de clinique du département de médecine de premier recours des HUG, a indiqué que l'assurée présentait des symptômes persistants de la COVID-19. En phase post-aigüe depuis fin décembre, elle avait développé des troubles cognitifs avec des oublis fréquents qui la perturbaient énormément.
- Elle souffrait également d'insomnies et de céphalées, bien contrôlées sous Dafalgan.
- c. Dans un rapport du 31 mars 2021, la docteure D_____, médecin cheffe de clinique du service de neuroéducation des HUG, a indiqué que le tableau clinique de l'assurée était suggestif d'un syndrome de COVID long. Une prise en charge multidisciplinaire en neuro-rééducation allait démarrer.
- d. Dans un rapport établi le 19 mai 2021, la docteure E_____, médecin cheffe de clinique du même service, a indiqué que depuis la dernière consultation, l'assurée avait bénéficié d'un bilan neuropsychologique qui avait montré des troubles attentionnels modérés et une légère précipitation sur le plan exécutif.
- e. Le 21 juin 2021, la docteur F_____, médecin cheffe de clinique du service de pneumologie des HUG, a indiqué que l'assurée présentait une symptomatologie clinique et un tableau clinique compatible avec un COVID long. Au premier plan, étaient retrouvés principalement une fatigue et un essoufflement.
- f. Le 29 juin 2021, la Dre C_____ a indiqué que l'assurée avait des symptômes fluctuants. Elle se sentait très mal, car elle avait de nouveau un épuisement intense alors que pendant une semaine son état s'était amélioré. Elle en avait possiblement trop fait pendant celle-ci.

g. Selon un rapport établi par la Dre E_____ le 5 août 2021, l'évolution était lentement favorable en ce qui concernait les troubles neuropsychologiques et la dyspnée. Néanmoins, l'assurée restait toujours limitée dans les activités de la vie quotidienne en raison surtout d'une fatigue, avec des erreurs d'inattention, des difficultés de planification et des oublis.

h. Le 23 novembre 2021, le docteur G_____, chef de clinique de la consultation ambulatoire de pneumologie des HUG, a indiqué que l'assurée souffrait d'une respiration dysfonctionnelle sévère de type syndrome d'hyperventilation selon les données disponibles.

i. Le 4 octobre 2022, la Dre C_____ a indiqué que l'assurée avait moins de fatigue et qu'elle faisait moins de sieste. Elle avait un suivi psychiatrique avec docteur H_____, psychiatre, tous les quinze jours. Elle avait essayé quatre antidépresseurs sans amélioration du stress, mais elle n'était pas déprimée. Elle souffrait également d'une spondylarthrite ankylosante qui avait été aggravée par la COVID-19.

j. Le 31 janvier 2023, la Bâloise a mis en œuvre une expertise de l'assurée auprès du I_____ (ci-après : le I_____), pour faire le point de la situation sur la nature des troubles dont elle souffrait et déterminer s'ils étaient bien en lien de causalité naturelle avec la contamination et sur son incapacité de travail.

k. À teneur du rapport d'expertise établi le 29 mars 2023 par le docteur J_____, spécialiste FMH en médecine générale, le diagnostic incapacitant était des troubles neuropsychologiques modérés apparus depuis décembre 2020 dans un contexte de trouble de stress post-traumatique (ci-après : TSPT) au décours d'une affection à la COVID-19.

Selon l'expert, le *statu quo ante* n'était pas atteint, mais le *statu quo sine* l'était, à savoir l'état de santé tel qu'il aurait été de toute façon tôt ou tard sans la survenance de l'accident, au vu de l'évolution d'une cause indépendante de l'accident. L'accident avait seulement entraîné une aggravation transitoire de l'état de santé jusqu'à décembre 2021, compte tenu de toutes les investigations réalisées cette année-là et qui n'avaient pas démontré d'atteinte séquellaire pathognomonique.

L'assurée avait été totalement incapable de travailler à partir du 15 février et jusqu'au 31 décembre 2021. Dès lors que le *statu quo sine* avait été posé en décembre 2021, l'incapacité de travail n'était plus à la charge de l'assureur LAA à partir de janvier 2022.

l. Madame K_____, neuropsychologue, a procédé à un examen neuropsychologique de l'assurée le 12 juillet 2022.

m. Le 21 avril 2023, l'assurée a contesté les conclusions de l'expertise en se référant aux avis des médecins spécialistes des HUG, qui certifiaient qu'elle

souffrait toujours des séquelles de la COVID-19, qui avait été reconnue comme une maladie professionnelle.

n. Le 27 avril 2023, les remarques de l'assurée sur l'expertise ont été transmises au I_____ pour détermination.

o. Le 11 mai 2023, le Dr J_____ a indiqué avoir pris connaissance avec attention des remarques formulées par l'assurée et que celles-ci n'apportaient pas de nouvel élément probant par rapport à ceux pris en compte au moment de la finalisation de son rapport d'expertise. Ses conclusions étaient donc maintenues.

p. Par décision du 23 mai 2023, la Bâloise a informé l'assurée que son droit aux prestations cessait au 31 décembre 2021.

q. Le 13 juin 2023, l'assurée, assistée d'un conseil, a formé opposition à la décision de la Bâloise, faisant valoir que son atteinte à la santé résultait de divers troubles somatiques et psychosomatiques et que la Bâloise aurait dû procéder à une expertise pluridisciplinaire et non seulement monodisciplinaire.

Les effets à long terme de la maladie étaient toujours présents quasiment trois ans après la contamination et ils étaient extrêmement invalidants tant dans la sphère ménagère que professionnelle. La médecine semblait à court de solutions pour traiter les symptômes physiques de la maladie. La détresse de l'assurée était accrue par cette situation qui n'offrait aucune perspective d'amélioration à court terme.

Au vu de ces éléments, les atteintes somatiques et psychosomatiques dont souffrait l'assurée étaient en lien de causalité adéquate et naturelle avec l'événement du 30 novembre 2020 et la décision querellée devait être annulée.

r. Par décision sur opposition du 12 décembre 2023, la Bâloise a retenu que le rapport d'expertise du Dr J_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il n'y avait donc pas lieu de procéder à une nouvelle expertise pluridisciplinaire. L'assurée contestait les conclusions de l'expert sans apporter d'éléments concrets permettant d'en conclure différemment voire même d'insinuer un doute. Il n'y avait pas d'éléments justifiant le versement de prestations LAA au-delà du 31 décembre 2021.

Le Dr J_____ concluait que des facteurs psychiques entraient en ligne de compte dans l'évolution défavorable de la situation de l'assurée à partir de décembre 2020. Toutefois, cette problématique n'était pas de la compétence de l'assurance-accident, faute de causalité. Même si un lien de causalité naturelle était admis, une prise en charge des troubles psychiques serait à refuser, faute de causalité adéquate. Aucun des critères élaborés par la jurisprudence du Tribunal fédéral n'était rempli en l'espèce et un lien de causalité adéquat devait donc être nié.

C. a. Le 29 janvier 2024, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant, préalablement, à ce qu'une expertise judiciaire

pluridisciplinaire (neurologique / médecine interne / infectiologie/pneumologie / rhumatologique / psychiatrique et neuropsychologique) soit réalisée par des médecins ayant acquis une connaissance certaine en matière de COVID long et répondant à la recommandation pour le bilan de médecine d'assurance d'une affection post-COVID 19 en Suisse visant à déterminer la causalité adéquate et naturelle entre l'incapacité de travail de l'assurée et l'évènement assuré.

Elle a également conclu à sa comparution personnelle.

Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision et au constat qu'elle souffrait d'une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 LAA ainsi qu'à la prise en charge de ses traitements et le versement des indemnités journalières après le 31 décembre 2021 ainsi qu'au renvoi de la cause à la Bâloise pour détermination de son droit à une rente de l'assurance-accident et à une indemnité pour atteinte durable à l'intégrité.

b. Par réponse du 20 mars 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Par réplique du 20 juin 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle a produit un rapport établi le 15 mai 2024 par la Dre H_____ et un rapport établi le 14 juin 2024 par la Dre C_____.

d. Le 8 juillet 2024, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'intimée au-delà du 31 décembre 2021.

3.

3.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, et sous réserve de dispositions spéciales de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGA) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent (cf. art. 9 al. 1 LAA).

Aux termes de l'art. 14 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), les substances nocives et les maladies dues à certains travaux au sens de l'art. 9 al. 1 LAA sont énumérées à l'annexe 1. Selon l'al. 2 let. b de cette annexe 1, sont notamment réputées affections dues à certains travaux au sens de l'art. 9, al. 1, de la loi notamment les maladies infectieuses pour autant qu'elles aient été contractées lors de travaux dans des hôpitaux, des laboratoires, des instituts de recherches et établissements analogues.

Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation prépondérante requise par l'art. 9 al. 1 LAA est réalisée lorsque la maladie est due pour plus de 50% à l'action d'une substance nocive mentionnée dans la première liste, ou que, dans la mesure où elle figure parmi les affections énumérées dans la seconde liste, elle a été causée à raison de plus de 50% par les travaux indiqués en regard. En revanche, l'exigence d'une relation exclusive signifie que la maladie professionnelle est due pratiquement à 100% à l'action de la substance nocive ou du travail indiqué (ATF 119 V 200 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_306/2014 du 27 mars 2015 consid. 3).

Par ailleurs, sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée. Une maladie professionnelle est réputée déclarée dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler (art. 6 LPGA ; art. 9 al. 3 LAA).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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 condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, un fait est la cause adéquate d'un résultat si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, ce fait était propre à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit, la survenance de celui-ci paraissant ainsi de façon générale favorisée (ATF 129 V 177 consid. 3.2, ATF 125 V 456 consid. 5a ; SVR 2010 UV n° 30 consid. 5.2). L'exigence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé qui s'en est suivie, en tant que condition du droit aux prestations de l'assurance-accidents,

visé à limiter la responsabilité de cette dernière (ATF 129 V 177 consid. 3.3, ATF 125 V 456 consid. 5c ; SVR 2017 UV n° 8 consid. 3.3).

3.2 La question de savoir comment il y a lieu d'appréhender l'émergence d'une atteinte psychique en relation avec une maladie professionnelle (de nature somatique) doit être résolue selon le critère de la causalité adéquate. Selon le Tribunal fédéral (voir notamment ATF 125 V 456 consid. 5 ou arrêt du Tribunal fédéral 8C_154/2010 du 16 août 2010 consid. 3.3), la jurisprudence relative à la causalité adéquate en cas d'atteinte psychique consécutive à des accidents (ATF 115 V 133, accident présentant objectivement une certaine gravité ou entrant sérieusement en ligne de compte dans la survenance des troubles psychiques) n'est pas applicable par analogie à l'examen de la survenance de troubles psychiques en lien (éventuel) avec des maladies professionnelles. Dans cette dernière éventualité s'applique la définition générale de la causalité adéquate, à savoir qu'il faut examiner si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, appréciés en fonction de la diversité des assurés pour lesquels l'assurance-accidents doit offrir sa protection, la maladie professionnelle, dans sa spécificité, était propre à entraîner des troubles psychiques du genre de ceux qui sont apparus (ATF 125 V 456 consid. 5e).

À l'examen de la jurisprudence du Tribunal fédéral (exemples peu nombreux), il apparaît que notre Haute Cour a ainsi refusé de reconnaître sous l'angle de l'assurance-accidents et comme conséquence d'une maladie professionnelle (initiale), une dépression apparue chez une assurée victime de harcèlement à son nouveau poste de travail alors que ce changement d'emploi avait été imposé en raison d'une maladie professionnelle (asthme, allergies ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_154/2010 du 16 août 2010 consid. 4), diverses phobies et un choc post-traumatique développés par un assuré en raison de deux chocs anaphylactiques graves survenus suite à une maladie professionnelle (multiples allergies, ATF 125 V 456 c. 5) ou encore divers troubles psychiques prétendument apparus suite à de l'arthrose dans le coude droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_620/2018 du 15 janvier 2019 consid. 4.3).

Selon la définition donnée par l'Organisation mondiale de la santé, le 6 octobre 2021 (consensus de Delphi), une affection post COVID-19 survient après une infection très probable ou avérée par le SARS-CoV-2, généralement trois mois après que la COVID-19 s'est déclarée. Ses symptômes durent au moins deux mois et ne peuvent pas être expliqués par un autre diagnostic. Les symptômes fréquents comprennent fatigue, essoufflement, troubles cognitifs, mais aussi d'autres problèmes qui retentissent sur la vie quotidienne. Ils peuvent réapparaître après la guérison d'une COVID-19 aiguë ou perdurer au-delà de la durée de la maladie initiale. Ils peuvent être fluctuants ou récurrents.

En mars 2022, le groupe de travail post COVID-19 - Médecine d'assurance, de l'Hôpital Universitaire de Bâle, a établi un projet de recommandation pour le bilan de médecine d'assurance d'une affection post COVID-19 en Suisse. Ce

document a été soumis à l'assemblée annuelle de la *Swiss insurance Medicine* (SIM).

Une deuxième version, intégrant les mises à jour scientifiques, a été publiée le 31 juillet 2023.

Il ressort des deux versions de recommandations que l'infection par le virus SARS-CoV-2 déclenche une réaction immunologique, dont la conséquence est une atteinte multisystémique qui peut affecter les fonctions de nombreux organes, y compris le cerveau. La production du virus dépend de la réaction du système immunitaire de l'hôte et des propriétés des différents variants du SARS-CoV-2. Par ailleurs, le virus présente une affinité tissulaire pour les cellules des voies respiratoires hautes et basses, en particulier, mais aussi pour d'autres types de tissus, tels que : l'intestin, le système nerveux central, le foie, les reins, le cœur et les vaisseaux sanguins. La maladie est, par conséquent, corrélée à un large éventail de symptômes. L'intensité de la réponse immunitaire de la personne infectée dépend de différents facteurs tels que : l'âge, le sexe, les maladies antérieures, mais aussi le variant du virus ; elle détermine l'évolution de la maladie et sa sévérité, sachant que des réinfections plus ou moins graves sont également possibles après la fin de la primo-infection. En conséquence, l'affection post COVID-19 peut se manifester par des symptômes très divers. De ce fait, en dehors de lésions organiques pour lesquelles elle peut être clairement incriminée, l'affection post COVID-19 est encore incomplètement comprise et s'avère multifactorielle.

Il est toutefois établi que des séquelles de l'affection post COVID-19 peuvent se retrouver dans différents domaines de spécialité : complications pneumologiques (dyspnée, toux, limitation de la capacité physique et troubles du sommeil), complications cardiovasculaires (accidents ischémiques cérébraux, infarctus du myocarde, risque accru de maladies cardiovasculaires [accidents vasculaires cérébraux, arythmies cardiaques, cardiopathies ischémiques et non ischémiques, péricardite et myocardite, insuffisance cardiaque et thromboembolie]), complications neurologiques et neurocognitives (problèmes d'odorat et de goût, céphalées et douleurs musculaires, syndrome d'épuisement général avec fatigue organique, problèmes de mémoire, de concentration, troubles sensoriels et dysautonomies, *etc.*), complications rhumatologiques (myosite, vasculite, glomérulonéphrite, myocardite, arthrite et tableau *Kawasaki-like*, maladie auto-immune [chronique]), complications ORL (troubles aigus de l'odorat).

Les pathologies préexistantes, telles que par exemple l'asthme, la fatigue chronique, les céphalées, la dyspnée ou encore les myalgies, accroissent le risque d'affection post COVID-19. Chez les patients ayant développé une forme grave de COVID-19 mais aussi, dans une moindre mesure, dans des cas d'infection légère à moyenne, des troubles psychiques notables ont été constatés, avec une incidence élevée de troubles anxieux, affectifs, et d'états de stress post-traumatique mais aussi de problèmes de dépendance. La place des facteurs

psychosociaux dans la genèse des troubles psychiques pourrait toutefois être un cofacteur important. Il importe de tenir compte des difficultés individuelles de la vie quotidienne liées à la pandémie, en général et à la maladie (quarantaine, isolement, difficultés au travail, violence intrafamiliale en confinement, deuil et solitude), qui peuvent provoquer des troubles psychiques (anxiété, dépression, stress post-traumatique, troubles fonctionnels) ou aggraver des troubles existants, en particulier chez les personnes présentant des vulnérabilités psychiques.

La CIM-11 comporte le code provisoire RA02, intitulé « Affection post-Covid-19 », dont il ressort que l'affection post Covid-19 survient chez des personnes présentant des antécédents d'infection probable ou confirmée par le SARS-CoV-2, généralement trois mois après l'apparition de la Covid-19 avec des symptômes qui persistent au moins deux mois et qui ne peuvent être expliqués par un autre diagnostic. Les symptômes courants comprennent la fatigue, l'essoufflement, un dysfonctionnement cognitif mais aussi d'autres symptômes qui ont généralement un impact sur le fonctionnement quotidien. Les symptômes peuvent être d'apparition nouvelle après un rétablissement initial à la suite d'un épisode de COVID-19 aigu, ou persister depuis la maladie initiale. Les symptômes peuvent également fluctuer ou récidiver au fil du temps.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En matière de COVID long, le Groupe de travail post-COVID-19 recommande de faire la distinction entre les cas présentant des complications d'organe avérées (typiquement après avoir développé une forme grave de COVID-19) et les cas où la fatigue, le malaise post-effort (MPE, soit une aggravation ou la réapparition des symptômes après un effort ou un surmenage physique ou mental) et les troubles cognitifs sont au premier plan (typiquement après avoir développé une forme légère de la Covid-19).

Dans le premier groupe, les séquelles à long terme sont généralement faciles à appréhender et touchent le système d'organes affecté ainsi que les troubles cognitifs et les séquelles neurologiques du traitement intensif. Les limitations peuvent généralement être évaluées de manière objective à l'aide des outils diagnostiques des disciplines en question, et la causalité peut être clairement attribuée.

Les personnes concernées qui se plaignent de symptômes persistants, en particulier de fatigue, de malaise post effort et de troubles cognitifs, après une forme de COVID-19 légère à éventuellement modérée, doivent faire l'objet d'un

diagnostic différentiel méticuleux par un expert afin d'évaluer la causalité, le degré de gravité et donc la capacité de travail, ainsi que les options thérapeutiques.

Le groupe de travail recommande donc un bilan interdisciplinaire, adossé au questionnaire EPOCA, composé d'une expertise de base et d'expertises complémentaires éventuelles pour les différents symptômes spécifiques (organes affectés) ainsi que d'une anamnèse liée au poste de travail, réalisée par un tiers.

Si les symptômes persistent pendant plus de douze mois (ou en cas de convalescence après une forme grave, après la fin des mesures thérapeutiques), le groupe de travail préconise une expertise de base en médecine interne/infectiologie et en neurologie/neuropsychologie. Selon les autres symptômes et troubles cardinaux, des spécialistes en pneumologie, rhumatologie, cardiologie, ORL ou psychiatrie peuvent être consultés si nécessaire, en vue de compléter l'exploration dans le cadre de l'expertise en fonction des symptômes. Ces spécialistes doivent utiliser, pour l'examen des symptômes post COVID-19, des instruments bien établis, sensibles et spécifiques, instruments servant à vérifier objectivement la plausibilité des troubles dans le cas d'espèce et à déterminer le degré de sévérité des restrictions.

3.3 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas

être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

3.4 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Le renvoi à l'administration apparaît également justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

4.

4.1 En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que la recourante a souffert d'une maladie professionnelle depuis le 30 novembre 2020. Seul est litigieux son droit aux prestations de l'intimée au-delà du 31 décembre 2021 et la question de savoir si le *statu quo sine* a été atteint en décembre 2021 comme l'a retenu l'intimée en se fondant sur l'expertise du Dr J_____.

La recourante allègue que les troubles dont elle souffre font toujours partie du tableau du syndrome post-COVID et qu'ils sont encore en lien de causalité naturelle avec la maladie professionnelle admise par l'intimée.

Il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise du Dr J_____.

Il apparaît d'emblée que l'expertise ne correspond pas aux recommandations en matière de COVID long. En effet, à teneur de ces dernières, si les symptômes persistent pendant plus de douze mois, une expertise de base en médecine interne/infectiologie et en neurologie/neuropsychologie est préconisée. Or, en l'occurrence, les symptômes persistaient chez la recourante depuis plus de douze mois lors de l'expertise du Dr J_____, en mars 2022, étant rappelé qu'elle a été testée positive à la COVID-19 le 30 novembre 2020. Il en résulte que son cas aurait dû faire l'objet d'un examen en neurologie/neuropsychologie.

Par ailleurs, il est encore recommandé un volet pneumologique à l'expertise, en cas de dyspnée prolongée. Or, il ressort de l'expertise du Dr J_____ que la recourante lui avait indiqué le 9 mars 2023 qu'elle présentait à nouveau des problèmes de dyspnée depuis trois semaines et qu'elle ne pouvait pas parler ni chanter en marchant. Un expert pneumologue aurait par conséquent dû examiner son cas.

Selon le rapport établi le 15 mai 2024 par la Dre H_____, l'affection post-COVID sans précision comportait des symptômes psychiatriques que l'on retrouvait chez l'assurée. Du point de vue psychiatrique, sa capacité de travail était de 0% dans son activité habituelle en lien avec l'affection post-COVID, en raison de sa fatigue, de ses troubles du sommeil et de ses troubles cognitifs, à type de troubles de l'attention et de la concentration, comme des troubles mnésiques.

Le Dr J_____ a indiqué le 29 mars 2023 qu'il y avait probablement des facteurs indépendants de « l'accident » qui jouaient un rôle dans le cas de l'assurée. La proximité temporelle entre un épisode d'épuisement professionnel survenu en juin 2020 et l'apparition des troubles neuropsychologiques dès décembre 2020 pouvait laisser penser qu'elle n'était pas pleinement remise lors de son infection au SARS-CoV2. Sur la base des éléments du dossier et de son examen, l'expert retenait que les troubles neuropsychologiques constatés étaient seulement possiblement en lien avec l'évènement accidentel, car des troubles psychiques entraient en considération.

La chambre de céans relève à cet égard que le fait que la recourante présentait une vulnérabilité psychique avant sa contamination à la COVID-19 ne permet pas de considérer que l'atteinte psychique dont elle souffrait après sa contamination ne serait pas en rapport de causalité naturelle avec la COVID-19, puisque selon les recommandations du groupe de travail post COVID-19, chez les patients ayant développé une forme grave de COVID-19 mais aussi dans des cas d'infection légère à moyenne, des troubles psychiques notables ont été constatés, avec une incidence élevée de troubles anxieux, affectifs, et d'états de stress post-traumatique. Les difficultés individuelles de la vie quotidienne liées à la pandémie, en général et à la maladie (quarantaine, isolement, difficultés au travail, violence intrafamiliale en confinement, deuil et solitude) pouvaient non seulement

provoquer des troubles psychiques (anxiété, dépression, stress post-traumatique, troubles fonctionnels) mais aggraver des troubles existants, en particulier chez les personnes présentant des vulnérabilités psychiques. Or, en application de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations de l'assurance-accidents ne sont pas réduites lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un « accident », en l'occurrence une maladie professionnelle, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations ne cesse que si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Il en résulte que le cas de la recourante devait faire l'objet d'un examen psychiatrique pour déterminer si la maladie professionnelle dont elle a souffert a eu un impact sur son état psychique et si oui, dans quelle mesure.

Le cas de la recourante devait également faire l'objet d'un examen en rhumatologie, dès lors qu'elle souffrait, avant sa contamination, d'une spondylarthrite ankylosante qui a pu être aggravée par la COVID-19, selon le rapport de la Dre C_____ du 4 octobre 2022, étant relevé que la Dre L_____, qui la suivait pour ce diagnostic, a indiqué, le 16 février 2023, que la recourante avait présenté une recrudescence de douleurs articulaires avec un dérouillage matinal sur plusieurs mois dans un contexte de COVID long.

Il résulte de ce qui précède que l'expertise du I_____ ne peut se voir revêtir une pleine valeur probante et qu'une instruction complémentaire est nécessaire par le biais d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne/infectiologie, neurologie/neuropsychologie, pneumologie, psychiatrie et rhumatologie).

5. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. La décision sur opposition du 12 décembre 2023 sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire, au sens des considérants.

La recourante obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'un avocat, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée, à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 12 décembre 2023.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
5. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le