POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN
ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

www.fr.ch/tc

605 2024 192

Arrêt du 1er avril 2026

Ie Cour des assurances sociales

Composition	Président :	Marc Boivin
	Juges :	Marc Sugnaux, Philippe Tena
	Greffière :	Isabelle Schuwey

Parties

A._____, recourante, représentée par Me Charles Guerry, avocat,

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA, autorité intimée

Objet

Assurance-accidents - maladie professionnelle - Covid Long

Recours du 5 décembre 2024 contre la décision sur opposition du 7 novembre 2024

considérant en fait

A. Madame A._____, née en 1967, domiciliée à B._____, de nationalité suisse, travaillait en qualité d'animatrice au sein d'un home.

Elle était, par ce biais, assurée auprès d'Allianz Suisse Société d'Assurances SA (ci-après: Allianz) contre les accidents professionnels et non-professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

B. Selon une déclaration d'accident du 30 novembre 2020, elle a été testée positive à la Covid.

Il est également précisé dans le formulaire que plusieurs résidents et employés avaient été atteints par cette maladie dans l'établissement.

Une incapacité de travail totale a été médicalement attestée depuis lors.

C. Parallèlement, l'assurée a déposé une demande de prestation auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) le 27 mai 2021 en raison d'un Covid long.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a mandaté le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, et la Dre D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise. Dans leur rapport du 16 mars 2023, ces médecins ont retenu les diagnostics incapacitants de « *syndrome du Covid long et status après infection par le SARS-COV 2 (10/2020)* » et de « *trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger* ». Selon eux, l'incapacité de travail était de 40% pour des motifs somatiques et de 20% pour des motifs psychiques.

D. Allianz a soumis le cas à son médecin-conseil, le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport du 28 septembre 2023, ce médecin a considéré que les troubles psychiques présentés par l'assurée n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'infection au Covid.

Par décision du 4 janvier 2024, Allianz a nié l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'infection au Covid 19 du 30 octobre 2020 et les troubles psychiques, refusant de prendre en charge ces derniers.

E. Le 31 janvier 2024, l'assurée a déposé une opposition contre cette décision.

Dans le cadre de l'instruction de celle-ci, Allianz a mandaté le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, le Dr G._____, spécialiste en neurologie, et la Dre D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise pluridisciplinaire. Dans leur rapport du 15 avril 2024, ces médecins ont considéré qu'une fatigue légère à modérée ainsi qu'une dyspnée aux efforts étaient en lien avec l'infection COVID 19 contractée en octobre 2020, car elles n'existaient pas avant cette date. En revanche, les experts ne s'estimaient pas en mesure d'attester que cette maladie avait été contractée dans le contexte d'une activité professionnelle. Par ailleurs, selon eux, une obésité de classe 1, une hypertension artérielle, un trouble dépressif récurrent et une structure de personnalité émotionnellement labile n'étaient pas considéré comme en lien avec cette maladie.

Dans une nouvelle décision du 2 juillet 2024, Allianz a mis fin aux prestations d'assurance dès lors qu'il n'était pas établi que l'assurée avait été infectée au Covid 19 dans le cadre de son travail. A l'appui de sa décision, l'assurance relève que l'assurée travaillait en tant qu'animatrice responsable de l'organisation et de l'animation d'une institution. Elle n'avait en revanche pas d'activité de soins directs sur les résidents au moment de l'infection et n'était, de ce fait, pas exposée dans la même mesure que le personnel des services de santé.

F. L'assurée s'est opposée à cette décision le 23 juillet 2024.

Par décision sur opposition du 7 novembre 2024, Allianz a confirmé sa décision du 2 juillet 2024 ainsi que, subsidiairement, sa décision du 4 janvier 2024.

G. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours le 5 décembre 2024 devant le Tribunal cantonal, concluant, avec suite de frais et dépens, à ce qu'Allianz continue de prendre en charge les suites somatiques et psychiques de son covid long.

A l'appui de son recours, elle précise que son compagnon souffre de troubles pulmonaires de sorte qu'elle était extrêmement prudente dans sa vie privée (séparation stricte aux domicile, sorties limitées au strict nécessaire, respect scrupuleux des directives). N'ayant, à l'exception de son compagnon, côtoyé que des collègues de travail et des résidents, ce n'est que lors de son activité professionnelle qu'elle a pu être infectée. Elle ajoute que son activité d'animatrice impliquait de multiples contacts étroits et directs avec des patients, précisant que lorsque les patients étaient sourds elle était forcée de s'en rapprocher voire d'abaisser son masque. Elle cite également sa tâche de procéder à des appels téléphoniques pour le compte de ses patients, réaliser des activités en petit groupe (jeux, gymnastique, etc), donner le bras ainsi que donner à manger ou à boire aux résidents. Quant à la question de la causalité des troubles psychiques, elle soutient que les troubles psychiques actuels sont sans lien avec les troubles survenus quinze ans plus tôt. A ses dires, c'est le covid long qui est la cause de sa fatigue et de ses troubles cognitifs, lesquels sont eux-mêmes à l'origine du trouble dépressif.

Elle sollicite la tenue de débats publics afin que sa supérieure hiérarchique et son compagnon soient entendus, la première afin de démontrer qu'elle était autant exposée aux risques d'infection que le personnel soignant de l'EMS et le second pour prouver qu'elle n'a pas été exposée à son domicile.

Dans ses observations du 17 janvier 2025, Allianz propose le rejet du recours.

Lorsqu'utile, il sera fait état des arguments avancés par les parties dans le cadre des considérants en droit qui suivent.

en droit

1.

Recevabilité

Le recours a été interjetée en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement

atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable.

2.

Dispositions relatives au droit aux prestations d'assurance

2.1. Selon l'art. 9 al. 1 LAA, 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. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a énuméré à l'annexe 1 de l'OLAA (RS 832.202), à laquelle renvoie l'art. 14 OLAA, les substances nocives et les maladies dues à certains travaux au sens de l'art. 9 al. 1 LAA (ATF 114 V 109 consid. 2a). Cette énumération est exhaustive (arrêts 8C_516/2020 du 3 février 2021 consid. 3.1.1; 8C_117/2016 du 27 janvier 2017 consid. 3.2.1).

Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation prépondérante au sens de 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 lorsqu'elle figure dans la seconde liste et a été causée à plus de 50 % par les travaux qui y sont mentionnés (ATF 146 V 51 consid. 8.2.2.1; 119 V 200 consid. 2a et la référence).

2.2. L'annexe 1 OLAA mentionne les maladies infectieuses en lien avec les travaux dans des hôpitaux, des laboratoires, des instituts de recherches et établissements analogues.

Le Tribunal fédéral a rendu plusieurs arrêts en matière d'infection au Covid-19/Covid long, sous l'angle de la maladie professionnelle. À l'ATF 150 V 460, il a exposé que la question du lien de causalité - conformément au libellé de la double liste du ch. 2 let. b de l'annexe 1 de l'OLAA - avait déjà été tranchée par le législateur sur la base de connaissances en médecine du travail. Sous l'angle probatoire, il existait en pratique (sous réserve d'une preuve contraire concluante) une présomption naturelle de l'existence d'une maladie professionnelle lorsqu'une des maladies énumérées dans cette liste était survenue et que l'assuré exerçait l'activité correspondante décrite dans l'annexe. La présomption qu'une maladie infectieuse avait été causée par le travail à l'hôpital n'était toutefois justifiée que s'il s'agissait d'une activité présentant le risque spécifique d'un lieu de travail défini comme dangereux pour la santé par le législateur. Toute activité exercée dans un hôpital, un laboratoire, un institut de recherches et autre établissement analogue ne pouvait donc pas être considérée comme dangereuse pour la santé (cf. consid. 4, en particulier consid. 4.6 avec renvois; résumé aux arrêts TF 8C_442/2024 précité consid. 3.2, 8C_378/2024 du 30 octobre 2024 consid. 5.1 et 8C_524/2023 du 7 août 2024 consid. 5.1; voir aussi ATF 126 V 183 consid. 4a). Dans le cas particulier, le Tribunal fédéral a jugé qu'une assurée, qui travaillait comme psychologue dans une clinique mais ne s'occupait pas elle-même de patients atteints d'une infection aiguë au Covid-19, n'était donc pas exposée au risque de contamination spécifique d'un poste de travail dangereux pour la santé dans un hôpital, de sorte qu'il a exclu la responsabilité de l'assureur-accidents, faute de risque spécifique à la profession.

Le Tribunal fédéral a rendu des arrêts ultérieurs, sur la base des principes fixés dans l'ATF 150 V 460. Ainsi, à l'arrêt TF 8C_442/2024 (consid. 5), il a considéré que l'activité d'une employée spécialisée en santé, chargée, sur son lieu de travail à l'hôpital, de soigner des patients atteints du Covid-19 nécessitant un contact physique étroit, constituait une activité présentant le risque

spécifique d'un lieu de travail dangereux pour la santé à l'hôpital au sens de la double liste du ch. 2 let. b de l'annexe 1 de l'OLAA. Conformément à la pratique, il y avait lieu de présumer que l'infection de l'intéressée par le Covid-19 constituait une maladie professionnelle et la charge de la preuve du contraire incombait dès lors à l'assureur-accidents. À l'inverse, l'activité d'une assistante médicale dans un cabinet gynécologique, qui n'était pas chargée de soigner des patients atteints d'une forme aiguë du Covid-19, ne l'exposait pas au risque spécifique de contagion inhérent à un lieu de travail dangereux pour la santé dans un hôpital, la responsabilité de l'assureur-accidents pour maladie professionnelle fondée sur la présomption prévue à l'art. 9 al. 1 LAA en relation avec le ch. 2 let. b de l'annexe 1 OLAA était donc exclue (arrêt TF 8C_378/2024 précité consid. 5.2). Il en allait de même d'une psychiatre et médecin-chef, qui n'était pas chargée de soigner des patients atteints d'une forme aiguë du Covid-19 (arrêt TF 8C_524/2023 précité consid. 5.2).

2.3. Aux termes de l'art. 9 al. 2 LAA, sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle. Il s'agit là d'une clause générale visant à combler les lacunes qui pourraient résulter de ce que la liste dressée par le Conseil fédéral à l'annexe 1 de l'OLAA ne mentionne pas soit une substance nocive qui a causé une maladie, soit une maladie qui a été causée par l'exercice de l'activité professionnelle (ATF 119 V 200 consid. 2b; 117 V 354 consid. 2b; 114 V 109 consid. 2b et les références).

Selon la jurisprudence, la condition d'un lien exclusif ou nettement prépondérant au sens de l'art. 9 al. 2 LAA - parfois appelé causalité qualifiée - n'est réalisée que si la maladie a été causée à 75 % au moins par l'exercice de l'activité professionnelle (ATF 126 V 183 consid. 2b et les références). Le Tribunal fédéral a précisé que ce taux de 75 % signifie, pour certaines affections qui ne sont pas typiques d'une profession déterminée, qu'il doit être démontré, sur la base des statistiques épidémiologiques ou des expériences cliniques, que les cas de lésions pour un groupe professionnel déterminé sont quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général (ATF 126 V 183 consid. 4c et les arrêts cités). Si, en revanche, il apparaît comme un fait démontré par la science médicale qu'en raison de la nature d'une affection particulière, il n'est pas possible de prouver que celle-ci est due à l'exercice d'une activité professionnelle, il est alors impossible d'apporter la preuve, dans un cas concret, de la causalité qualifiée (ATF 126 V 183 consid. 4c précité; arrêt 8C_483/2022 du 13 mars 2023 consid. 3.2 et les références).

2.4. Selon la jurisprudence, l'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prendre en charge le cas, qu'il avait initialement reconnue en versant des prestations, sans devoir invoquer un motif de reconsidération ou de révision procédurale. Il peut liquider le cas en alléguant le fait qu'un événement assuré - selon une appréciation correcte de la situation - n'est jamais survenu, ou que l'existence d'un lien de causalité doit être niée (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

Le Tribunal fédéral a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7).

3.

Dispositions relatives à l'appréciation des preuves

3.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

Dans ce domaine, 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. Il ne suffit donc 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 (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt du TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). Aussi n'existe-t-il 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 (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

3.2. 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent 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 122 V 157 consid. 1c et les références citées). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt du TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

3.3. Selon une jurisprudence constante, un raisonnement fondé sur l'adage « *post hoc, ergo propter hoc* » (après celui-ci, donc à cause de celui-ci) ne permet pas d'établir un lien de causalité

naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances-sociales et ne saurait être admis comme moyen de preuve (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; arrêt du TF 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.2).

3.4. Cependant, 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'il ne subsiste plus aucune atteinte à la santé 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 TF 8C_601/2017 du 27 mars 2018 consid. 4.2 et les références).

4.

Discussion du cas d'espèce

4.1. D'emblée, il convient de constater que l'assuré exerçait son activité dans un établissement médico-social, lequel ne figure pas explicitement parmi les établissements énumérés à l'annexe 1 ch. 2 let. b de l'OLAA. Toutefois, la recourante soutient qu'un tel établissement devrait être assimilé à un hôpital, un laboratoire ou un institut de recherche.

À cet égard, il est rappelé que le législateur visait les lieux de travail où sont dispensés des soins aux malades ou où sont manipulés des agents pathogènes correspondants (ATF 150 V 460 consid. 4.6). Il convient donc de déterminer si l'exercice professionnel au sein d'un établissement médico-social constitue une activité de soins aux malades ou implique un travail avec des agents pathogènes.

De manière générale, si l'activité d'un établissement médico-social (EMS) s'articule prioritairement autour de l'hébergement et de l'accompagnement social — distinguant ainsi le « résidant » du patient hospitalier en phase aiguë — cette distinction fonctionnelle ne saurait occulter la réalité clinique du terrain. Certes, l'EMS n'a pas pour vocation la manipulation délibérée d'agents pathogènes à des fins de diagnostic ou de recherche ; toutefois, un risque d'exposition y est probable. En effet, la prise en charge de personnes vulnérables impose une surveillance médicale continue et des soins. Le personnel soignant y est quotidiennement confronté à des risques infectieux ainsi qu'à la manipulation de fluides biologiques et de déchets médicaux. Dès lors, si la finalité thérapeutique diffère de celle d'un centre hospitalier, l'exposition aux agents pathogènes peut, dans une certaine mesure, rendre la situation de l'EMS fonctionnellement analogue à celle d'un service de soins généraux. Pour autant, toutes les fonctions au sein d'un EMS n'apparaissent pas exposées d'une manière semblable au risque d'exposition aux agents pathogènes. Ainsi, la reconnaissance du risque au sein d'un EMS ne peut être globale ou uniforme : elle doit faire l'objet d'une analyse différenciée, fondée sur la fréquence, l'intensité et la nature des interactions réelles avec le milieu pathogène.

Dans ce contexte, le risque d'exposition d'une animatrice en EMS pourrait ne pas être lié à l'intentionnalité du geste technique, mais à la présence d'un contact humain avec une population fragile et potentiellement porteuse de germes. Les arguments présentés par l'assurée dans son recours vont plutôt dans ce sens : l'activité d'animatrice implique de multiples contacts étroits et directs avec des résidents, en particulier en cas de problèmes d'audition ou de communication. En cela, l'analyse des preuves disponibles permet de conclure sans qu'il soit nécessaire de procéder à

l'audition demandée de sa supérieure hiérarchique – laquelle vise à prouver cet allégué – par appréciation anticipée des éléments du dossier.

Pour autant, cette exposition n'est pas assimilable aux exemples relevés par la jurisprudence pour reconnaître l'existence d'une activité particulièrement à risque telle que figurant dans l'annexe 1. En particulier, en tant qu'animatrice, la recourante n'avait pas à prendre en charge les patients atteints du Covid-19, lesquels étaient soit transférés dans un établissement hospitalier soit mis en quarantaine par l'établissement. Par ailleurs, il est incontestable que la recourante n'était pas chargée de leurs soins. Le fait qu'elle ait été exposée – par exemple en donnant à manger ou en soutenant les résidents dans leurs actes administratifs – ne saurait être assimilé au fait de procéder à des soins médicaux ou paramédicaux. En cela, l'exposition au risque d'une animatrice en EMS ne se distingue pas de l'exposition aux risques d'autres professions qualifiées d'essentielles en période de Covid (vente de détail, transport de personnes, sécurité). Cette exposition se rapproche de celle traitée dans l'ATF 150 V 460 (psychologue) ou l'arrêt TF 8C_378/2024 du 30 octobre 2024 (assistante médicale dans un cabinet médical de gynécologie et d'obstétrique), où le risque d'exposition, bien que réel, ne justifiait pas la présomption de contamination professionnelle.

A cet égard, on souligne que les experts mandatés semblent également aller dans ce sens. En raison de la circulation massive du virus durant la pandémie, ces derniers estiment impossible de démontrer que la contamination a eu lieu sur le lieu de travail dès lors qu'un grand nombre de la population a été infectée. Ils décrivent l'activité exercée comme suit: « *l'expertisée devait s'occuper des résidents, faire des leçons de gymnastique, des promenades, des animations avec bricolage, coloriage et jeux de bowling sur console électronique, ainsi que faire des tâches administratives. Par le passé, l'expertisée a travaillé une vingtaine d'années comme aide-soignante* ». Les experts soulignent au passage que la recourante a « *travaillé comme animatrice dans le cadre de son cahier des charges, elle ne dispense pas de traitement/soin corporel direct et répété aux pensionnaires. Le personnel particulièrement exposé au virus est celui exerçant des gestes spécifiques comme: l'intubation, les soins ORL* » (cf. dossier Allianz, pièce 16; cf. ég. pièce 11).

A ce stade, la Cour constate qu'il n'apparaît pas nécessaire d'auditionner la supérieure de l'établissement dans laquelle l'assurée est toujours employée. Elle est en effet en mesure de déterminer avec suffisamment de précision le travail effectué par la recourante ainsi que son exposition aux risques sur la seule base du dossier. Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, force est de constater que l'activité exercée par la recourante ne l'exposait pas au risque spécifique de contagion d'un lieu de travail dangereux pour la santé. On ne saurait établir une responsabilité de l'assurance LAA fondée sur la présomption de l'art. 9 al. 1 LAA en relation avec le ch. 2 let. b de l'annexe 1 à l'OLAA.

4.2. Se pose encore la question de savoir si l'obligation de l'assureur-accidents de verser des prestations en vertu de l'art. 9 al. 2 LAA doit être examinée en fonction de la condition selon laquelle la maladie doit être causée exclusivement ou dans une très large mesure par l'activité professionnelle.

Toutefois, selon le libellé identique dans toutes les versions linguistiques, la clause dite générale ne s'applique que si « *d'autres maladies* » que celles déterminées par le Conseil fédéral conformément à l'al. 1 peuvent être considérées comme la cause d'une activité professionnelle. La clause générale vise à combler les lacunes éventuelles résultant du fait que la liste du Conseil fédéral figurant à l'annexe 1 de l'OLA ne mentionne pas une maladie causée par le travail (ou une substance nocive

pouvant causer une maladie, ATF 114 V 109 E. 2b ; message du Conseil fédéral concernant la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 18 août 1976, FF 1976 III 141 ss, 166).

Les maladies infectieuses telles que celle qui doit être évaluée en l'espèce sont toutefois expressément mentionnées dans la double liste. Si les conditions d'une obligation de prestation de l'assureur-accidents ne sont pas remplies parce que la deuxième condition, à savoir l'activité dommageable à l'hôpital, n'est pas satisfaite, l'art. 9 al. 2 LAA n'est d'emblée pas applicable et une obligation de prestation est donc exclue sur cette base.

Dans ce contexte, il n'est pas nécessaire d'examiner plus avant l'allégation de la recourante qu'une contamination était en tout état de cause plus probable à la clinique que dans son environnement privé, demandant l'audition de son compagnon au titre de moyen de preuve. Étant donné qu'il n'y a pas ici d'activité exercée dans un lieu de travail dangereux pour la santé et donc digne de protection, l'obligation de prestation est déjà exclue pour cette seule raison.

La Cour renonce, dans ce contexte, à entendre son compagnon, respectivement à demander qu'il se détermine par écrit dans la présente cause.

4.3. Ceci précisé, force est de constater que la décision litigieuse devrait également être confirmée pour un autre motif au vu de la teneur des raisonnements figurant au dossier médical.

Sur le plan psychique, les Drs F._____, G._____ et D._____ écartent tout lien de causalité directe avec le Covid, faute de dommages cérébraux constatés et compte tenu du fait que les symptômes psychiques n'ont émergé que deux ans après l'infection, marqués par un état de lassitude. Ce tableau est ainsi qualifié de trouble psychogène, aujourd'hui stabilisé. En conséquence, la capacité de travail est considérée comme totale du point de vue psychiatrique.

Sur le plan somatique ensuite, se référant à un examen de février 2021, les experts constatent la présence d'une « *petite plage en verre dépoli* » au niveau du lob inférieur droit et que les fonctions pulmonaires réalisées objectivent un trouble ventilatoire obstructif de degré léger avec un *air trapping* « *qui pourrait être un facteur de la dyspnée alléguée* ». Un an plus tard, la petite plage en verre dépoli a disparue et l'anomalie n'est visible à l'imagerie. Au niveau cardiologique, les experts soulignent une tendance à la tachycardie à l'effort qui était déjà présente en 2000, écartant une origine cardiaque aux troubles présentés. Ils mettent ces éléments cliniques en lien avec les symptômes subjectifs de type dyspnée, fatigue, douleurs musculaires et maux de tête. Selon eux, « *l'élément objectif est la désaturation ponctuelle de l'expertise lors des efforts et sur la gazométrie auparavant effectuée, ce qui contraint les efforts physiques majeurs* ». Constatant que ces troubles sont postérieurs à une infection à la Covid survenue en octobre 2020, ils attribuent ces plaintes à un Covid long, soulignant néanmoins qu'il « *s'agit d'un diagnostic d'exclusion car les examens cardiopulmonaires et le status clinique actuel cardiopulmonaire et ostéoarticulaire sont pauvres et sans anomalies significative* ». Cette pathologie justifie, à leur sens, une diminution de la performance professionnelle : la recourante est limitée à un taux d'occupation de 60 % dans un poste sans effort physique majeur (port répété de charges de plus de 10 kg, marche sur des distances de plus de 200 m). À cet égard, la fonction d'animatrice en EMS est jugée compatible puisqu'elle n'exige pas de contraintes physiques importantes.

Force est de constater que les conclusions des experts quant à l'existence d'un lien de causalité entre les troubles somatiques et l'infection au Covid-19 apparaissent peu convaincantes. En affirmant que « *les plaintes sont certainement en lien avec l'infection Covid-19 contractée en octobre*

2020 [car] elles n'existaient pas avant cette date », les experts s'appuient sur un raisonnement de type *post hoc, ergo propter hoc*, dont la valeur probante n'est pas reconnue en droit des assurances sociales. Selon une jurisprudence constante, le seul fait que des symptômes se manifestent après un événement ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle (cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt TF 8C_331/2015 du 21 août 2015). Cette déduction est d'autant moins admissible que les experts omettent d'effectuer un véritable diagnostic différentiel. Alors qu'ils listent des antécédents médicaux lourds et préexistants — tels que le syndrome de Ménière ou les séquelles métaboliques d'un bypass ancien — susceptibles d'expliquer la fatigue et l'intolérance à l'effort, ils ne s'expliquent à aucun moment sur l'exclusion de ces causes alternatives. En se fondant sur la seule succession temporelle et en qualifiant eux-mêmes le status clinique actuel de « *pauvre* », les experts échouent à démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'incapacité de travail est la conséquence, ne serait-ce que partielle, de l'infection par le virus.

A l'instar des experts, les autres médecins interrogés se contentent d'attester un lien de connexité temporelle et non un lien de causalité. Le Dr H._____, médecin praticien, évoque ainsi le diagnostic de « *dsypnée dans un contexte de dysfonction ventilatoire post infection COVID-19* » (dossier Allianz, pièce 5). C'est également ce qu'indiquent les médecins de I._____ dans leur rapport du 14 mars 2022 (pièce 9), les premiers experts interrogés (pièce 11), les médecins de J._____ (pièces 28, 37, 56 et 60), le Dr K._____, spécialiste en pneumologie (pièces 29, 35, 45 et 64), le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale (pièces 30, 49, 57 et 73) ou le Dr M._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (pièce 51). Seul le Dr N._____, médecin-conseil, retient expressément l'existence d'un lien de causalité mais par le biais d'une simple affirmation (« *oui* ») qui n'est pas expliquée (pièce 71). Quant au Dr O._____, spécialiste en cardiologie, il ne retient pas de diagnostic en lien avec un covid long. En revanche, il évoque avoir déjà été consultée par l'assurée en 2000 pour d'autres troubles comprenant déjà une capacité d'effort diminuée avant la pose d'un bypass avec une perte pondérale (pièces 8 et 67).

Au vu des éléments exposés ci-dessus, la charge de la preuve n'a pas non plus été remplie par les médecins affirmant l'existence d'un lien de causalité entre les troubles présentés par la recourante et l'infection au Covid-19. En premier lieu, leurs conclusions reposent sur un raisonnement temporel insuffisant (post hoc, ergo propter hoc), contraire à la jurisprudence constante en matière d'assurances sociales. En second lieu, l'absence de diagnostic différentiel constitue une lacune méthodologique majeure, les différents omettant d'exclure les causes alternatives plausibles. La majorité des spécialistes (pneumologie, cardiologie, médecine interne, ORL) se limitent à constater une connexité temporelle, ce qui ne satisfait pas l'exigence de vraisemblance prépondérante.

4.4. Au vu du double motif d'absence de maladie professionnelle et de tout lien de causalité, c'est à juste titre qu'Allianz a refusé de prester (décision du 2 juillet 2024, confirmée sur opposition le 7 novembre 2024), le cas de la recourante, manifestement contaminée dans le cadre d'une pandémie, ne sachant en effet engager la responsabilité de l'assurance-accidents.

En l'absence de maladie à charge de l'assurance-accidents, il n'apparaît pas nécessaire de trancher la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre celle-ci et les troubles psychiques présentés par la personne assurée (décision du 4 janvier 2024, également confirmée sur opposition le 7 novembre 2024).

5.

Synthèse et sort du litige – frais et indemnité de partie

Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 7 novembre 2024.

Compte tenu du principe de gratuité applicable en procédure (art. 61 let. fbis LPGA), il n'est pas perçu de frais de procédure.

Compte tenu du rejet du recours, il n'est pas alloué d'indemnité de partie.

la Cour arrête :

I. Le recours est rejeté.

   Partant, la décision sur opposition du 7 novembre 2024 est confirmée.

II. Il n'est pas perçu de frais de procédure.

III. Aucune indemnité de partie n'est allouée.

IV. 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 1er avril 2026/pte

Le Président | La Greffière