RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1404/2023 **ATAS/984/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 décembre 2023

Chambre 5

En la cause

A_____ recourante

représentée par l'APAS-Association pour la permanence de défense des patients et des assurés, mandataire

contre

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en _____ 1963, travaillait en tant qu'assistante en soins et santé communautaire au sein de la maison de retraite B_____.

b. À ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents et de maladies professionnelles auprès du GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA (ci-après : l'assureur-accidents, le Groupe Mutuel ou l'intimée).

B. **a.** L'assurée travaillait dans un service en isolement depuis plus de trois semaines lorsqu'elle a été infectée par la maladie à coronavirus 2019 (ci-après : Covid-19) en décembre 2020.

b. Suite à des complications sous la forme d'une embolie pulmonaire, elle a été hospitalisée pendant quatre jours.

c. Depuis le 12 décembre 2020, elle est totalement incapable de travailler ; dans un premier temps en raison de l'infection aiguë au Covid-19 et, par la suite, en raison de la persistance des symptômes associés à un Covid long ou syndrome post-Covid (dyspnée importante, troubles du sommeil, troubles de la concentration, céphalées, douleurs neuropathiques, grande asthénie, trouble dépressif).

d. Considérant qu'il s'agissait d'une maladie professionnelle, l'employeur de l'assurée l'a annoncée auprès de l'assureur-accidents, lequel a alloué les prestations d'assurance légales, jusqu'au 30 mars 2022 (indemnités journalières et frais de traitement).

e. Compte tenu du cours de la guérison, l'assureur-accidents a réexaminé la situation et a émis, en date du 21 mars 2022, les réserves d'usage quant à la poursuite de la prise en charge du traitement médical et de l'incapacité de travail de l'assurée, dès le 31 mars 2022.

f. Afin de clarifier cette question, l'assureur-accidents a mandaté le C_____ (ci-après : C_____) pour expertise. Celui-ci a désigné les docteurs D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et E_____, spécialiste FMH en médecine interne, ainsi que Monsieur F_____, neuropsychologue FSP, pour procéder à ladite expertise.

Dans leur rapport du 7 juillet 2022, les experts ont, en substance, retenu les diagnostics suivants :

- sur le plan de la médecine interne : symptômes persistants après infection SARS-Cov-2 en décembre 2020, status après embolie pulmonaire en décembre 2020, antécédents de thrombose veineuse jambière en 2009 et 2019, obésité de classe 2 (38.5 kg/m2) ;

- sur le plan psychique : trouble à symptomatologie somatique et de l'expérience corporelle/syndrome physique grave (6C20.2) ;
- sur le plan neuropsychologique : troubles neuropsychologiques minimaux selon la classification de l'Association suisse des neuropsychologues.

Les troubles persistant après Covid pouvaient être, de manière probable, en lien avec l'infection Covid-19 pendant douze mois. Dès le 12 décembre 2021, ils n'étaient que de manière possible en lien avec ladite infection. Sur le plan psychique, le trouble à symptomatologie somatique et de l'expérience corporelle était seulement en relation possible avec l'infection de Covid-19 en décembre 2020. Enfin, s'agissant des troubles neuropsychologiques, le lien de causalité n'était, au mieux, que possible, lesdits troubles n'ayant d'ailleurs existé que pendant un mois, après l'hospitalisation survenue en 2020.

La capacité de travail était nulle du 12 décembre 2020 jusqu'au mois de mai 2021 et de 60% dès la fin du mois de mai 2021, suite à la prise en charge psychiatrique.

g. Se fondant sur le rapport du 7 juillet 2022, l'assureur-accidents a considéré, par décision du 18 juillet 2022, que les troubles persistants après Covid ne pouvaient plus être attribués, au degré de la vraisemblance, à l'infection survenue le 12 décembre 2020, de sorte que le lien de causalité ne pouvait plus être admis au-delà du 12 décembre 2021. Toutefois, l'assureur renonçait à demander le remboursement des frais médicaux et des indemnités journalières versées jusqu'au 30 mars 2022. Quant aux troubles à symptomatologie somatique, ils ne pouvaient pas, au degré de la vraisemblance, être attribués à la maladie professionnelle du 12 décembre 2020. Par ailleurs, selon le rapport précité, il n'y avait probablement pas eu de troubles neuropsychologiques au-delà d'un mois d'hospitalisation. Enfin, l'assurée ne subissait aucune atteinte importante et durable en lien avec le Covid-19, de sorte qu'aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité ne lui serait allouée.

h. Le 14 septembre 2022, sous la plume de son conseil, l'assurée a formé opposition à la décision précitée, relevant qu'à aucun moment, les experts n'avaient tenté d'expliquer, dans leur rapport, la dyspnée et l'extrême fatigabilité. Par ailleurs, aucun élément scientifique n'étayait l'affirmation selon laquelle le post-Covid ne pouvait être, de manière probable, en lien avec l'infection initiale que pendant douze mois, cette affirmation ne reposant, vraisemblablement, que sur des éléments statistiques, ce qui était insuffisant pour remettre en cause les atteintes dont elle souffrait.

i. Par courriel du 29 novembre 2022, l'assurée a transmis à son assureur-accidents deux articles scientifiques sur le Covid long.

j. Ces articles ont été soumis au C_____ et plus particulièrement au Dr E_____, qui a persisté, par courrier du 5 décembre 2022, dans les termes de l'expertise du 7 juillet 2022.

k. Par décision sur opposition du 8 mars 2023, l'assureur-accidents a confirmé sa décision du 18 juillet 2022, considérant que le rapport d'expertise du 7 juillet 2022 devait se voir reconnaître une pleine valeur probante et que le lien de causalité faisait défaut, à compter de décembre 2021, de sorte que c'était à juste titre qu'il avait été mis un terme aux prestations avec effet au 30 mars 2022.

C. **a.** Le 24 avril 2023, sous la plume de son conseil, l'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire, comportant notamment des volets en infectiologie et en pneumologie et, cela fait, principalement, à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. En substance, la recourante a contesté la valeur probante de l'expertise, s'étonnant tout d'abord du fait que l'assurance intimée n'ait pas mandaté des médecins ayant acquis une expérience en matière de Covid long. En outre, l'expertise en question ne respectait pas les *guidelines* proposées par le Groupe de travail post-Covid des médecins d'assurance, au mois de mars 2022, en tant que lesdites recommandations suggéraient un volet infectiologique ainsi qu'un volet pneumologique en cas de dyspnée. En tout état, le Dr E_____, bien que retenant un Covid long, en avait fait cesser ses effets au mois de décembre 2021, sans citer la moindre base scientifique. Ce même médecin considérait, de manière lapidaire, que les symptômes présentés n'étaient pas invalidants, et ce sans procéder à la moindre discussion.

b. L'intimée a répondu en date du 25 mai 2023 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition contestée. En substance, elle a considéré que l'expertise du 7 juillet 2022 revêtait une pleine valeur probante. Par ailleurs, la décision querellée portant uniquement sur la relation de causalité entre les troubles et la maladie professionnelle, la conclusion tendant au versement d'une pleine rente d'invalidité n'entrait pas dans le cadre du litige.

c. Par courrier du 13 juillet 2023, la recourante a transmis à la chambre de céans un tirage du projet de décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), la mettant au bénéfice d'une rente d'invalidité à 60% à compter du 1er février 2022 et un rapport du 19 septembre 2022 de la docteure G_____, médecin-cheffe de clinique auprès du service de médecine de premier recours, dont dépend la consultation post-Covid. Par ailleurs, la recourante a également précisé qu'elle avait sollicité, auprès de l'OAI, la copie de son dossier. Elle a, enfin, conclu à l'audition de la Dre G_____.

d. Le 8 août 2023, l'intimée s'est prononcée sur l'écriture précitée de la recourante et a considéré que le fait de percevoir une rente d'invalidité n'était pas pertinent pour trancher la question litigieuse, à savoir celle de savoir si les troubles persistants étaient encore en lien de causalité avec la maladie professionnelle. Par ailleurs, l'intimée s'opposait également à l'audition de la Dre G_____, considérant que les avis de cette dernière ne sauraient revêtir une

pleine valeur probante. Cela étant, si la chambre de céans devait donner suite à la demande d'audition de la Dre G_____, l'assurance intimée sollicitait l'audition des experts du C_____.

e. Par écriture du 3 octobre 2023, la recourante a transmis à la chambre de céans deux autres rapports de la Dre G_____, datés des 29 octobre 2021 et 30 octobre 2022, un rapport du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) du 21 février 2023, les recommandations pour le bilan de médecine d'assurance d'une affection post-Covid 19 en Suisse, 2e version, datée du 31 juillet 2023, ainsi qu'un article intitulé « La simulation des troubles cognitifs : aspects conceptuels et méthodologiques », publié en 2014. Se fondant sur ces pièces, la recourante a persisté dans ses précédentes conclusions.

f. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

g. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

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.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82*a* LPGA *a contrario*).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

4.

4.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie

sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

4.2 En l'espèce, la décision sur opposition querellée porte uniquement sur la question de la causalité naturelle entre les symptômes encore présentés par la recourante et la maladie professionnelle initiale (Covid-19).

En l'absence de décision sur le droit à une rente en tant que tel, les conclusions de la recourante dans ce sens sont irrecevables.

Au vu de ce qui précède, le litige ne peut que porter sur la question du lien de causalité et, partant, sur la suppression des prestations (indemnités journalières et traitement) de l'intimée à compter du 31 mars 2022. Certes, le recours ne comporte aucune conclusion expresse dans ce sens. Cela étant, le fait de conclure à l'octroi d'une rente le sous-entend.

5.

5.1 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).

5.2 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 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

5.2.1 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette 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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 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).

5.2.2 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, vise 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).

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 posttraumatique 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).

6.

6.1 À titre liminaire, il convient de présenter le syndrome post-Covid ou Covid long, qui est une pathologie très récente et encore incomplètement comprise.

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 le Covid-19 s'est déclaré. 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'un Covid-19 aigu 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).

6.2 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.

6.3 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 du 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.

7.

7.1 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

7.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf*. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

7.2.1 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).

7.2.2 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci

(*cf*. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

7.2.3 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

7.3 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 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.

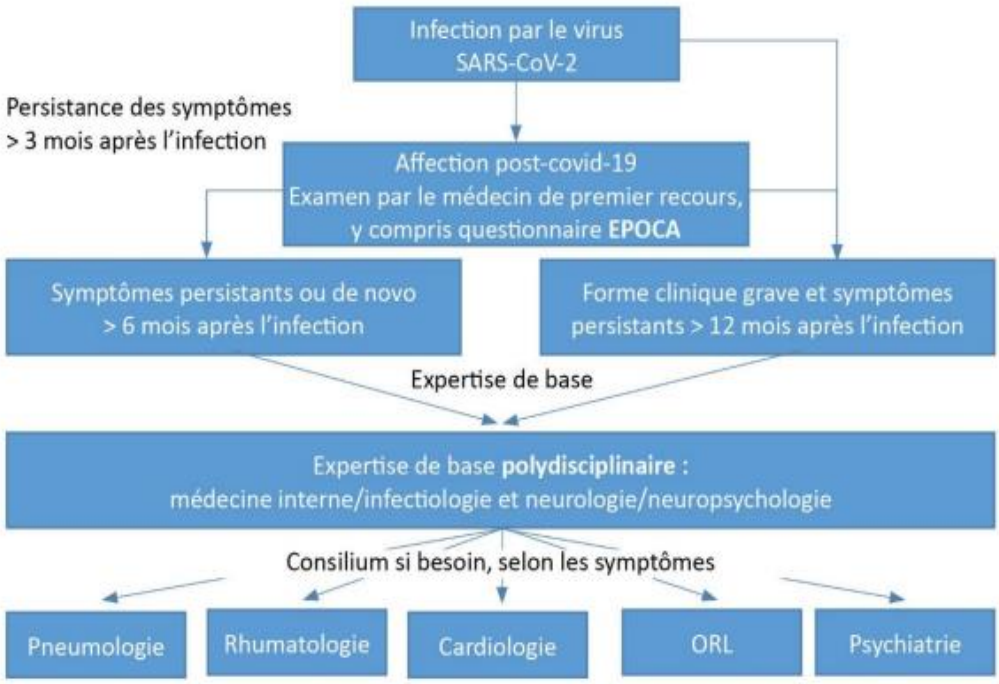
Les personnes concernées qui se plaignent de symptômes persistants, en particulier de fatigue, de malaise post-effort et de troubles cognitifs, après une forme de Covid-19 légère à a +.éventuellement modérée, doivent faire l'objet d'un diagnostic différentiel méticuleux par un expert afin d'évaluer la 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.

Les recommandations décrivent la procédure d'expertise comme suit :



8.

8.1 Le juge des assurances sociales 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

8.2 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).

8.3 L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc* et *pro futuro* à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (*cf.* ATF 133 V 57 consid. 6.8 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances 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). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

8.4 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).

9.

9.1 En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que la recourante souffre d'une maladie professionnelle, depuis le 11 décembre 2020, à savoir, dans un premier temps, d'une infection au Covid-19 en tant que telle et, par la suite, d'un Covid long. En particulier, les parties ont admis que le Covid-19, que la recourante a contracté en décembre 2020, était dû, exclusivement ou de manière prépondérante

(50% au moins), dans l'exercice de son activité professionnelle, à certains travaux énumérés dans l'annexe 1 OLAA.

La question de l'existence d'une maladie professionnelle n'est donc pas contestée dans le cas d'espèce.

Seul est litigieux le droit aux prestations au-delà du 30 mars 2022. En effet, l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical à cette date en se fondant sur une expertise pluridisciplinaire réalisée par le C_____ en date du 7 juillet 2022, au motif que les troubles encore présentés par la recourante étaient désormais en lien avec des atteintes préexistantes et non plus avec la maladie professionnelle contractée par la recourante en décembre 2020. En d'autres termes, l'assurance intimée a considéré qu'à tout le moins en mars 2022, le *statu quo sine* avait été atteint, soit que l'état de santé de la recourante était similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans la maladie professionnelle par suite d'un développement ordinaire.

À l'opposé, la recourante conteste la suppression des prestations en arguant que les troubles dont elle souffre font toujours partie du tableau du syndrome post-Covid, de sorte qu'ils sont encore liés à la maladie professionnelle. En d'autres termes, elle conclut à la persistance du lien de causalité naturelle au-delà du 30 mars 2022.

Dans la mesure où l'intimée fonde sa décision de suppression sur le rapport du C_____ du 7 juillet 2022, c'est la valeur probante de ce document que la chambre de céans doit examiner pour se prononcer sur le bien-fondé de la décision querellée.

9.2 Si le rapport précité répond effectivement à plusieurs des réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, la chambre de céans ne saurait malgré tout s'y référer pour examiner le bien-fondé de la décision sur opposition querellée, comme cela ressort des considérations qui suivent.

9.2.1 La chambre de céans s'étonne tout d'abord de la structure de l'expertise du C_____, laquelle correspond aux standards habituels mais non pas aux recommandations en matière de Covid-19.

En effet, le groupe de travail *ad hoc* préconise, tout d'abord, un bilan en médecine interne/infectiologie, lequel sert à confirmer le diagnostic en tenant compte des diagnostics différentiels d'autres causes, à relever l'anamnèse détaillée de la maladie et des symptômes, à discerner les symptômes consécutifs aux lésions directes des organes, à identifier les autres disciplines éventuellement nécessaires (p. ex. cardiologie, pneumologie) et à établir la plausibilité, l'origine et l'intégration des autres résultats des examens, du point de vue virologique et infectieux.

Or, si l'expertise du C_____ comporte, certes, un volet en médecine interne, elle ne comprend aucune partie en infectiologie.

Le groupe de travail *ad hoc* recommande ensuite un volet pneumologique, en cas de dyspnée prolongée. Or, il ressort du dossier que la recourante présente justement une dyspnée, notamment à l'effort. On peut également se poser la question d'un volet rhumatologique, en présence de critères diagnostiques de la fibromyalgie, ce qui est le cas de la recourante (12 points sur 18 retenus par le Dr E_____), sachant qu'une étude de 2021 a révélé qu'environ 30% des patients et patientes atteints d'un Covid long répondent aux critères de la fibromyalgie (recommandations de 2023, p. 9).

9.2.2 Sur le fond, s'agissant tout d'abord, de l'aspect de médecine interne, les experts ont retenu les diagnostics suivants : symptômes persistants après infection SARS-Cov-2 en décembre 2020, status après embolie pulmonaire en décembre 2020, antécédents de thrombose veineuse jambière en 2009 et 2019, obésité de classe 2 (38.5 kg/m2).

Les experts ont plus particulièrement relevé que la recourante avait contracté le Covid-19 en décembre 2020. Cette infection s'était compliquée par une vraisemblable embolie pulmonaire sous-segmentaire non compliquée, dont l'évolution avait immédiatement été favorable sous anticoagulation thérapeutique et sans séquelle. L'anticoagulation était justifiée pendant six mois. Au-delà, elle était dictée par les facteurs de risques constitués par l'obésité et les antécédents thrombotiques. L'embolie pulmonaire avait pu justifier une incapacité de travail de quelques semaines. Par la suite, la recourante avait développé une symptomatologie de fatigue, intolérance aux efforts, douleurs ubiquitaires, céphalées de type tensionnel, troubles émotionnels voire dépressifs ainsi que cognitifs. Au vu des études médicales en la matière, il était raisonnable d'admettre qu'à tout le moins une partie de ces symptômes était compatible avec le syndrome post-Covid. Toutefois, au-delà d'un an, l'appréciation se compliquait avec une aggravation après le vaccin en septembre 2020, et surtout après le rappel de février 2022. Cette aggravation subjective n'était pas vraiment expliquée, les plaintes émises, lesquelles étaient à l'origine de multiples prises en charge, restaient incomprises, sans substrat organique décelable.

La chambre de céans ne saurait suivre les experts. En effet, alors même qu'ils admettent que les symptômes post-Covid 19 peuvent persister, dans 30% des cas, douze mois après l'infection, ils estiment, sans la moindre explication médicale circonstanciée ou référence scientifique, que dans le cas de la recourante, le lien de causalité n'était donné que pendant douze mois.

Cette constatation péremptoire, sans justification médicale, est d'ailleurs contredite par la récente *Recommandation pour le bilan de médecine d'assurance d'une affection post-Covid 19 en Suisse (Version 2.0),* état au 21 juillet 2023, laquelle intègre les dernières statistiques en matière de Covid-19. Or, il ressort justement de ce document qu'« un pourcentage considérable présente toujours des symptômes plus d'un an après l'infection » (recommandation p. 3) et que « selon deux études suisses, entre 15% et 33% des personnes concernées signalent avoir

encore des problèmes de santé persistants plus d'un an après l'infection (…) » (recommandation p. 4).

Le fait que les symptômes persistants au-delà d'un an ne touchent qu'une minorité des malades ne permet pas, à lui seul et sans la moindre explication médicale concrète, de nier le lien de causalité dans le cas de la recourante.

Cette seule critique permet déjà de remettre en cause la valeur probante du rapport du C_____.

9.2.3 Les experts ont également considéré qu'après un an, l'appréciation se compliquait avec une aggravation après le vaccin en septembre 2020 et surtout après le rappel de février 2022, aggravation subjective qui n'était pas vraiment expliquée ; les plaintes émises, lesquelles étaient à l'origine de multiples prises en charge, restant incomprises, sans substrat organique décelable. En d'autres termes, les experts laissent sous-entendre que le lien de causalité naturelle n'est plus donné faute de troubles objectivables.

C'est le lieu de rappeler, dans ce cadre, que l'assureur-accidents doit également prester en présence d'une atteinte non objectivable, pour autant que les liens de causalité naturelle et adéquate soient réalisés.

Compte tenu de la nature particulière du Covid long, et en particulier du fait qu'aucun substrat organique n'est retrouvé dans la plupart des cas, les experts ne pouvaient simplement retenir un diagnostic psychique, tel que celui de troubles de détresse physique et de l'expérience corporelle (6C20.2 ; anciennement majoration des symptômes) et insinuer que la recourante se maintenait dans la croyance de souffrir d'un Covid long (*cf.* expertise p. 31) et nier de la sorte le lien de causalité naturelle avec l'atteinte initiale.

9.2.4 Comme indiqué précédemment, sur le plan psychique, les experts ont retenu un trouble à symptomatologie somatique et de l'expérience corporelle/syndrome physique grave (6C20.2 de la CIM-11). L'origine du trouble psychique était plurifactorielle : insatisfaction professionnelle (épuisement professionnel, mauvaises conditions de travail, révolte par rapport au harcèlement professionnel des responsables sur certaines collègues), fait d'être convaincue d'avoir été contaminée par le Covid-19 au travail et sentiment d'injustice de devoir justifier le besoin de soins auprès de l'assurance-accidents.

Force est toutefois de constater que le dossier ne comporte aucune description de l'activité professionnelle, ni des conditions dans lesquelles elle était exercée par la recourante, si ce n'est qu'en décembre 2020, l'équipe était en sous-effectif (expertise p. 9) et que la recourante avait consulté un psychiatre à une reprise, en 2020, dans le contexte d'une souffrance sur son lieu de travail (expertise p. 9), sans plus de précisions. On ne connaît ainsi pas exactement les motifs pour lesquels un psychiatre a été consulté, ni les reproches qui étaient formulés à l'encontre de son employeur, étant rappelé que l'année 2020 a été une année particulièrement compliquée pour les métiers médicaux, avec la pandémie.

L'expertise est par conséquent lacunaire sur ce point également.

C'est le lieu de relever que la notion du lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte, prédominant en matière médicale, ne se recoupe pas avec celle du domaine juridique, où une causalité partielle suffit à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral U 177/02 du 15 juin 2004 consid. 5.2.1).

9.2.5 Sur le plan neuropsychologique, les experts ont retenu des troubles neuropsychologiques minimaux, selon la classification de l'Association suisse des neuropsychologues, non incapacitants.

Au vu des conclusions de Madame H_____, psychologue spécialisée en neuropsychologie FSP du 18 mai 2022, laquelle a retenu que les performances de la recourante étaient globalement dans la norme, dans l'ensemble des épreuves administrées, rien ne permet de remettre en question l'aspect neuropsychologique de l'expertise, quoi qu'en dise la recourante dans ses écritures.

9.3 Les experts évoquent également de nombreuses contradictions anamnestiques concernant l'état antérieur.

En effet, la recourante aurait déclaré qu'avant l'infection au Covid-19, elle jouissait d'une excellente santé, laquelle s'était dégradée depuis l'infection. Or, il ressortait du dossier qu'elle avait consulté un psychiatre en août 2020, dans un contexte de sentiment d'épuisement et de mobbing au travail, qu'elle avait bénéficié d'une échographie cardiaque en 2018, pour des raisons inconnues, qu'elle avait présenté des épisodes de sciatalgies et qu'une IRM du rachis avait été pratiquée par le passé.

Toute personne consulte ponctuellement un médecin. Cela ne signifie pas encore que sa santé est mauvaise. Il n'en va pas différemment de la recourante, ce d'autant moins qu'aucun rapport relatif aux actes médicaux susmentionnés ne figure au dossier.

Les experts évoquent également des éléments psycho-sociaux paraissant devenir prédominants au cours du temps, sans toutefois les décrire.

9.4 Les experts évoquent notamment une fragilité préexistante au Covid avec une notion d'épuisement en août 2020 et des rachialgies.

Or, conformément à la jurisprudence, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident et 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 a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

De toute évidence, les experts n'ont pas examiné cet aspect.

9.5 Enfin, la chambre de céans relèvera encore que le rapport du C_____ du 7 juillet 2022 a été soumis au SMR, lequel a constaté, dans son avis du 21 février 2023, antérieur à la décision litigieuse, certaines lacunes :

> « le manque de spécificité de la structure de l'expertise par rapport à la pathologie COVID Long dont il est reconnu que la majorité des symptômes [est] '*sans substrat organique'* (consensus de Delhi [*recte* Delphi] octobre 2021), l'évolution peut se dérouler de façon très différente (par poussée, progressivement résolutive, rémittente *etc*), avec parfois un début retardé, la durée d'une année à l'heure actuelle n'est plus dirimante et le dépistage serait à formaliser par le biais d'un questionnement ciblé (questionnaire EPOCA). De plus l'attitude possiblement revanchiste de l'assurée, avec une majoration des symptômes, visant inconsciemment (la simulation a été exclue) la reconnaissance d'un statut de malade, n'exclut par la maladie en elle-même (ou une maladie autre) ».

10. Pour toutes ces raisons, l'expertise du C_____ ne saurait se voir revêtir une pleine valeur probante et la chambre de céans ne saurait s'y fier pour examiner le bien-fondé de l'assurance intimée de mettre un terme à ses prestations avec effet au 30 mars 2022, faute de lien de causalité naturelle. Dans ces circonstances, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer de manière définitive sur la question de la persistance – ou non – du lien de causalité naturelle entre la maladie professionnelle survenue en décembre 2020 et les troubles présentés par la recourante au-delà du 30 mars 2022, singulièrement sur la date d'un éventuel retour à un *statu quo*.

Force est ainsi de considérer que l'intimée a constaté les faits de manière sommaire, sur la base d'une expertise, dont même le SMR a nié la valeur probante, faute pour celle-ci de respecter la *Recommandation pour le bilan de médecine d'assurance d'une affection post-Covid-19 en Suisse*.

Dans de telles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement et la décision sur opposition du 8 mars 2023 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise, 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*, et nouvelle décision.

12. La recourante obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'un avocat, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée, à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

13. 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 au sens des considérants.
3. Annule la décision sur opposition du 8 mars 2023.
4. Renvoie la cause à l'intimée, pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
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	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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