

NE_GERICHTE CDP.2025.28 vom 19. November 2025

NE Tribunal cantonal, 2025-11-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2025.28

FR: NE_GERICHTE CDP.2025.28 du 19 novembre 2025

IT: NE_GERICHTE CDP.2025.28 del 19 novembre 2025

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

E. 2

a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 cons. 4.3.1, 131 V 242 cons. 2.1 et les références citées). Ils peuvent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF du 25.05.2021 [9C_758/2020] cons. 3.2, du 05.08.2019 [8C_217/2019] cons. 3 et du 25.07.2018 [9C_269/2018] cons. 4.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du TF du 17.10.2024 [9C_253/2024] cons. 3.3 et les références citées). b) En l'occurrence, les rapports médicaux du Centre [b] (28.01.2025) et du Dr F. _____ (14.02.2025) ont été établis postérieurement à la décision de l'OAI du 13 décembre 2024, mais concernent des éléments de faits antérieurs à la décision attaquée, de sorte qu'il y a lieu d'en tenir compte. En effet, bien que la consultation auprès du Centre [b] ait eu lieu le 27 janvier 2025, les médecins font état de symptômes qui se seraient péjorés durant les derniers mois. S'agissant du rapport établi par le Dr F. _____, celui-ci se rapporte à une consultation effectuée le 6 décembre 2024, soit antérieurement à la décision querellée, ainsi qu'à une ergospirométrie réalisée le 18 décembre 2024. Le praticien y conclut à l'existence d'une dyspnée d'origine fonctionnelle, précisant que le tableau respiratoire décrit est apparu dans les suites immédiates de l'infection au covid-19.

E. 3

Dans un grief d'ordre formel qu'il y a lieu d'examiner en premier lieu (ATF 141 V 557 cons. 3), la recourante invoque la violation de son droit d'être entendue (art. 29 al. 2 Cst. féd.) sous l'angle d'un défaut de motivation. Elle reproche à l'OAI d'avoir écarté sa réquisition visant à mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire au seul motif que l'expertise bidisciplinaire réalisée avait une pleine valeur probante et sans exposer les raisons pour lesquelles les recommandations de l'Office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP) en matière de « covid long » étaient ignorées. La violation du droit d'être entendue, telle qu'invoquée par la recourante, soit une violation de son droit à la preuve n'a pas de portée propre par rapport au grief tiré d'une violation du droit. Ce grief fera l'objet, en tant que besoin, d'un examen sur le fond ci-dessous.

E. 4

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 13 décembre 2024, par laquelle l'OAI a refusé le droit de la recourante à une rente d'invalidité, au motif que sa capacité de travail est entière, depuis toujours, dans toutes activités correspondant à ses aptitudes, compétences et motivations. a) Selon l'article 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'article 8 al. 1 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). En vertu de l'article 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). b) Selon l'article 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, le taux d'invalidité pour cette activité est évalué selon l'article 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, le taux d'invalidité pour cette activité est fixé selon l'alinéa 2. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (art. 28a al. 3 LAI).

E. 5

a) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge s'il y a 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, voire incapable, de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 cons. 3.2 et les références citées). L'assurance-invalidité, comme toute autre assurance, repose sur l'hypothèse que le risque assuré ne se réalise qu'exceptionnellement. Il en découle que l'assuré doit en principe être considéré comme étant en bonne santé et pouvant exercer une activité professionnelle (ATF 141 V 281 cons. 3.7.2, selon lequel il faut en règle générale partir du principe de la « validité »), dès lors que la plupart des atteintes à la santé n'entraînent pas d'incapacité de travail durable, ainsi que cela est mis en évidence en considérant l'ensemble de l'éventail des maladies physiques et psychiques. Le droit à une rente d'invalidité suppose ainsi une atteinte à la santé. Le

diagnostic d'une atteinte à la santé n'implique cependant pas encore qu'elle est invalidante. Le caractère invalidant d'une atteinte à la santé se détermine, selon le texte clair de la loi, d'après les conséquences de celle-ci sur la capacité de travail et de gain. Le point déterminant à cet égard est de savoir si, compte tenu des atteintes invoquées, il ne peut plus être exigé de l'assuré qu'il travaille encore, à temps plein ou à temps partiel. C'est pourquoi un examen objectif de l'exigibilité s'applique en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé, en partant du principe de la validité et en laissant à l'assuré le fardeau matériel de la preuve de l'invalidité (ATF 142 V 106 cons. 4.3 et 4.4). b) En matière d'appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du praticien soient bien motivées (ATF 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a et les références citées). b/aa) La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types de documents médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de documents médicaux (ATF 125 V 351 cons. 3a ; Riemer-Kafka [Edit.], *Expertises en médecine des assurances*, 3e éd., 2018, p. 31 ss). S'agissant des 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 135 V 465, cons. 4.5, 125 V 351 cons. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF du 29.10.2003 [I 321/03] cons. 3.1 ; Valterio, *Commentaire LAI*, ad art. 57 n° 48). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi de douter de sa valeur probante (ATF 125 V 351 cons. 3b/dd et les références citées). b/bb) Concernant les SMR, ceux-ci évaluent, en vertu de l'article 49 al. 1 RAI et de l'article 54a al. 2 et 3 LAI, les conditions médicales du droit aux prestations. Le sens et le but de ces dispositions est que les offices AI puissent recourir à leurs propres médecins pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Il est attendu de ceux-ci que, sur la base de leurs connaissances spéciales en médecine des assurances, ils établissent la capacité fonctionnelle des assurés déterminante en matière d'assurance-invalidité ; il s'agit ainsi de créer une séparation conséquente des compétences des médecins traitants (traitement médical et thérapeutique) et de l'assurance sociale (détermination des effets de l'atteinte à la santé) (arrêt du TF du 03.09.2015 [9C_858/2014] cons. 3.3.2). En application des dispositions citées, les SMR désignent les activités exigibles ainsi que les fonctionnalités inexigibles. Les SMR sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des

directives spécialisées de portée générale de l'Office fédéral. Selon une jurisprudence constante, les rapports réalisés par les SMR en vertu de l'article 49 al. 1 RAI ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Leur but est de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale. Ces rapports ne sont pas dénués de toute valeur probante dès lors qu'ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, en matière d'expertises médicales. b/cc) 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, la jurisprudence pose que le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 cons. 4.4, 122 V 157 cons. 1c et les références citées). On ne saurait ainsi 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. b/dd) Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a reconnu la nécessité de prendre en considération un diagnostic de syndrome post-covid, pour autant qu'il ait été posé par un médecin, dans l'examen de la capacité de travail d'un assuré (arrêt du TF du 06.11.2023 [9C_63/2023] cons. 5.1). Par ailleurs, plusieurs auteurs dans la doctrine ont estimé que la partie non somatique du covid long devait être traitée de manière similaire aux maladies psychiques et aux troubles dits non objectivables (Dupont, Etat de droit et état d'urgence : perspectives sous l'angle du droit des assurances, 2023, in : SJ 2023 p. 345 ; Egli/Kradolfer/Vokinger, Long Covid, in : RSAS pp. 176 et 182-183). Selon la jurisprudence, la capacité de travail d'une personne souffrant de telles affections doit être évaluée sur la base d'une vision globale, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure structurée d'établissement des faits fondée sur des indicateurs qui déterminent, d'une part, les facteurs invalidants, et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 145 V 361 cons. 3.1, 141 V 281 cons. 2, 3.4 à 3.6, 4.1). Le point de vue de ces auteurs est par ailleurs corroboré par le Groupe de travail post-Covid-19 commun à l'Universitätsspital de Bâle et la Swiss Insurance Medicine, dans le document « Recommandation pour le bilan de médecine d'assurance d'une affection post-Covid-19 en Suisse (Version 2.0) », daté du 31 juillet 2023. Cette publication recommande en effet une expertise polydisciplinaire en médecine interne/infectiologie et neurologie/neuropsychologie, si les symptômes persistent pendant plus de 12 mois (ou en cas de convalescence après une forme grave, après la fin des mesures thérapeutiques) (arrêt du TAF du 25.06.2024 [C-4115/2023] cons. 11.1).

E. 6

a) En l'espèce la décision litigieuse fait suite aux rapports de synthèse des 12 août et 11 octobre 2024 du SMR, lequel conclut à une capacité de travail de 100 %, depuis toujours, dans toutes activités correspondant aux aptitudes, compétences et motivations de l'assurée. Cette conclusion est basée sur l'expertise bidisciplinaire effectuée par les Drs N. _____ et M. _____ (cf. rapport d'expertise du 02.08.2024). Les experts n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant sur les plans somatique et psychique, ni constaté de limitations fonctionnelles. Au titre de diagnostic non incapacitant, ils ont retenu un status après

infection au SARS-COV-2, début novembre 2020, suivi d'un syndrome de covid long (CIM-11 : RA02). b) L'assurée reproche à l'OAI de s'être basé sur le rapport d'expertise bidisciplinaire et sur les avis du SMR pour retenir qu'elle ne présentait aucune incapacité de travail. A cet égard, elle se prévaut d'une lacune d'instruction et fait valoir que son état de santé n'a été évalué qu'au regard des aspects psychiatriques et rhumatologiques, alors qu'il aurait dû faire l'objet d'une appréciation pluridisciplinaire, conformément aux recommandations émises par l'OFSP. Pour sa part, se fondant sur l'avis du SMR, l'intimé estime que les limitations fonctionnelles décrites - à savoir la fatigue, la respiration dysfonctionnelle ainsi que les difficultés attentionnelles et exécutives - ont été analysées et considérées comme insuffisamment significatives pour entraîner une incapacité de travail. Cette appréciation a été partagée tant par l'expert en médecine interne et rhumatologie que par l'expert psychiatre, lesquels disposent l'un et l'autre des compétences expertales requises pour procéder à une telle évaluation, et ce, nonobstant l'étiologie du trouble. c/aa) Il convient ainsi d'examiner la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire des Drs N._____ et N._____. 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'Universitätsspital 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 SIM. Une deuxième version, intégrant les mises à jour scientifiques, a été publiée le 31 juillet 2023 (version 2.0). Il ressort notamment de cette dernière recommandations (cf. ch. 3.2, p. 5) 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 (cf. ch. 5, p. 8 ss) : complications pneumologiques (dyspnée, toux, limitation de la capacité physique et troubles du sommeil), complications cardiovasculaires (accidents ischémiques cérébraux, infarctus du myocarde, risque accru de maladies cardiovasculaires [accidents vasculaires cérébraux, arythmies cardiaques,

cardiopathies ischémiques et non ischémiques, péricardite et myocardite, insuffisance cardiaque et thromboembolie]), complications neurologiques et neurocognitives (problèmes d'odorat et de goût, céphalées et douleurs musculaires, syndrome d'épuisement général avec fatigue organique, problèmes de mémoire, de concentration, troubles sensoriels et dysautonomies, etc.), complications rhumatologiques (myosite, vasculite, glomérulonéphrite, myocardite, arthrite et tableau Kawasaki-like, maladie auto-immune [chronique]), complications ORL (troubles aigus de l'odorat). Les pathologies préexistantes, telles que par exemple l'asthme, la fatigue chronique, les céphalées, la dyspnée ou encore les myalgies, accroissent le risque d'affection post covid-19 (cf. ch. 5, p. 10). 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 (cf. ch. 5.3, p. 11). La CIM-11 comporte le code 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 (cf. ch. 2, p. 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 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 (cf.

ch. 8.2, p. 14). 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 (cf. ch. 8.2.1, p. 15). 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 (cf. ch. 8.2.2, p. 17).

c/bb) La Cour de céans observe d'emblée que la procédure suivie, en particulier l'expertise mise en œuvre ne correspond pas aux recommandations en matière de covid long. En effet, à teneur de ces dernières, si les symptômes persistent pendant plus de douze mois, une expertise de base en médecine interne/infectiologie et en neurologie/neuropsychologie est préconisée. Or, en l'occurrence, les symptômes persistaient chez la recourante depuis plus de douze mois lors de l'expertise des Drs N._____ et M._____, en juillet 2024, étant rappelé qu'elle a été testée positive au covid-19 en novembre 2020. Il en résulte que son cas aurait dû faire l'objet d'un examen en neurologie/neuropsychologie. Pourtant, seule une expertise psychiatrique, accompagnée d'un examen neuropsychologique, a été réalisée. Par ailleurs, les recommandations précisent un volet pneumologique à l'expertise, en cas de dyspnée prolongée. A cet égard, on relèvera qu'il ressort des éléments au dossier que l'assurée, lors d'un rapport d'entretien d'évaluation avec l'OAI, a mentionné une dyspnée à l'effort (cf. rapport d'entretien du 02.11.2022), et a consulté plusieurs pneumologues. La Dre C._____, mandatée dans le cadre d'une expertise sollicitée par l'assurance perte de gain, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de covid long de type neurovégétatif avec respiration dysfonctionnelle et fatigue chronique. Elle a précisé que, dans l'activité habituelle, la reprise pouvait être envisagée dès le 1^{er} décembre 2022 à un taux maximal de 40 % d'un temps plein, soit la moitié du temps habituel de travail de 80 %, avec une augmentation progressive de 10 % par palier de trois mois. A la question de savoir de quelle façon le ou les diagnostics posés influençaient la capacité de travail, elle a répondu que la respiration dysfonctionnelle et la dysfonction neurovégétative entraînaient une dyspnée majeure limitant toute activité physique, y compris les tâches de la vie quotidienne de mère de famille (cf. rapport d'expertise du 19.10.2022, p. 3). A ce titre, ni l'expertise rhumatologique ni l'expertise psychiatrique ne discutent le diagnostic notamment posé par la Dre C._____, ni l'incapacité de travail retenue par cette praticienne. Le Dr E._____ avait lui aussi précédemment posé le diagnostic de dyspnée, toux et fatigue post infection covid (cf. rapport du 22.12.2020). Le Prof. F._____ a indiqué que l'ergospirométrie réalisée le 24 février 2022 montrait très clairement une respiration dysfonctionnelle avec une augmentation anarchique du volume courant et de la fréquence respiratoire durant l'effort, laquelle devait être mise sur le compte du covid long (cf. rapport médical du 14.03.2022). Il a mentionné par ailleurs que la respiration dysfonctionnelle limitait la capacité d'effort de sa patiente (cf. rapport médical du 11.03.2022). Dans les documents médicaux produits devant la Cour de céans, ce spécialiste se rapporte à une consultation effectuée le 6 décembre 2024, soit antérieurement à la décision querellée, ainsi qu'à une ergospirométrie réalisée le 18 décembre 2024. Il y conclut à l'existence d'une dyspnée d'origine fonctionnelle - précisant que le tableau respiratoire décrit est apparu dans les suites immédiates de l'infection au covid-19 - et à l'octroi d'une rente à 100 % relevant

qu'il n'existe actuellement pas de traitement thérapeutique efficace permettant de modifier l'évolution naturelle de sa respiration dysfonctionnelle et de lui permettre la reprise d'une quelconque activité professionnelle. Il précisait par ailleurs que le handicap clinique et fonctionnel généré par sa respiration ne lui permettait pas de reprendre son activité d'enseignante puisqu'il ne lui serait jamais possible d'adapter sa fonction ventilatoire pour lui permettre de parler avec confort et à faible demande énergétique (cf. rapport médical du 14.02.2025). On précisera que l'avis de ce spécialiste dûment documenté - lequel se prononce sur la capacité de travail de l'assurée - permet à lui seul de remettre en question, de manière convaincante, les conclusions des experts dont la pneumologie ne relève pas de leurs spécialisations. Le Dr G. _____ a, pour sa part, indiqué que l'assurée avait séjourné dans le Service de pneumologie de l'Hôpital [g] du 10 au 12 mai 2022, puis en réhabilitation respiratoire du 13 au 25 mai 2022, et a posé le diagnostic de respiration dysfonctionnelle sur un covid long (cf. rapport médical du 19.07.2022). Le Prof. H. _____ et la Dre I. _____ - bien qu'ils soient spécialistes en médecine interne - ont également posé le diagnostic d'affection post-covid (covid long ; CIM-11 : RA02), avec notamment une respiration dysfonctionnelle. Ainsi, l'ensemble des spécialistes consultés par la recourante s'accordent à reconnaître l'existence d'une dyspnée, laquelle paraît se prolonger au vu du dernier rapport médical établi par le Prof. F. _____. Même si dans le cadre de l'instruction, l'OAI a interpellé le centre de consultation covid long Centre [b] (cf. avis médical du SMR du 31.01.2024), on relèvera que celui-ci n'a pas été en mesure de fournir une appréciation médico-asséurologique complète et précise, tout comme le Dr K. _____ (rhumatologue). Dans ces conditions, il appartenait à l'OAI d'éclaircir l'état de fait déterminant avant de rendre sa décision (cf. art. 43 LPGA), en interpellant, par exemple, le Prof. F. _____, ou conformément aux recommandations précitées, en mandatant un expert en pneumologie chargé d'examiner le cas de l'assurée. Par ailleurs, l'appréciation du SMR du 11 octobre 2024, sur laquelle s'est fondée l'OAI, selon laquelle les limitations fonctionnelles décrites - à savoir la fatigue, la respiration dysfonctionnelle ainsi que les difficultés attentionnelles et exécutives - auraient été analysées et jugées insuffisamment significatives pour entraîner une incapacité de travail, appréciation partagée tant par l'expert en médecine interne et rhumatologie que par l'expert-psychiatre, tous deux disposant des compétences expertales requises pour procéder à une telle évaluation, et ce nonobstant l'étiologie du trouble, apparaît dépourvu de toute pertinence. En effet, bien que les pneumologues consultés ne se soient, pour la plupart, pas prononcés sur la capacité de travail de la recourante, il demeure que la Dre C. _____ avait constaté une incapacité de travail en lien avec un syndrome dyspnéique et que le Prof. F. _____ s'est expressément prononcé sur la répercussion de ce diagnostic sur la capacité de travail de la recourante dans son dernier rapport. Or, les deux experts - qui ne sont pas spécialisés en pneumologie - n'ont pas exposé les raisons susceptibles de justifier de s'écarter de l'avis émis par cette spécialiste. En outre, suite aux conclusions du Prof. F. _____ produites par la recourante à l'appui de son recours, l'OAI n'a pas jugé utile de solliciter son SMR et de se déterminer à cet égard. Il résulte de ce qui précède que l'expertise bidisciplinaire se trouve, d'une part, contredite par l'avis médical du Prof. F. _____ (rapport du 14.02.2025) et, d'autre part, qu'elle ne satisfait pas aux recommandations en vigueur en matière de prise en charge du covid long. Dans ces circonstances, elle ne peut se voir revêtir une pleine valeur probante. Une instruction complémentaire s'impose dès lors. Il appartiendra à l'OAI, s'il entend s'écarter des conclusions du dernier rapport établi par le Prof. F. _____, de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire portant notamment sur la médecine

interne/infectiologie, la neurologie/neuropsychologie et la pneumologie, ainsi que sur toute autre spécialité que les experts jugeront nécessaire (cf. ATF 139 V 349 cons. 3.3). Si une expertise est mise en œuvre, elle devra, en particulier, satisfaire aux exigences dégagées par la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'évaluation des atteintes psychiques (cf. ATF 141 V 281).

E. 7

a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. b) Les frais de la procédure, arrêtés à 660 francs, doivent être mis à la charge de l'OAI (art. 61 let. f bis LPGA en relation avec l'art. 69 al. 1 bis LAI). La recourante qui a plaidé avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), dont le montant est défini dans les limites prévues par la loi du 6 novembre 2019 fixant le tarif des frais, des émoluments de chancellerie et des dépens en matière civile, pénale et administrative (LTFrais). A défaut d'un état des honoraires et des frais, les dépens seront fixés sur la base du dossier (art. 64 al. 1 et 2 LTFrais par renvoi de l'art. 67 LTFrais). Tout bien considéré, l'activité déployée par le mandataire, qui représentait déjà l'assurée devant l'OAI et devait avoir pour cette raison une connaissance approfondie du dossier, peut être évaluée à un total de 8 heures. Eu égard au tarif appliqué par la Cour de céans de l'ordre de 300 francs de l'heure (CHF 2'400), des débours à raison de 10 % des honoraires (art. 63 LTFrais par renvoi de l'art. 67 LTFrais ; CHF 240) et de la TVA au taux de 8,1 % (CHF 213.85), l'indemnité de dépens sera fixée à 2'853.85 francs.

E. 29

al. 2 Cst. féd.) sous l'angle d'un défaut de motivation. Elle reproche à l'OAI d'avoir écarté sa réquisition visant à mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire au seul motif que l'expertise bidisciplinaire réalisée avait une pleine valeur probante et sans exposer les raisons pour lesquelles les recommandations de l'Office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP) en matière de « covid long » étaient ignorées. La violation du droit d'être entendue, telle qu'invoquée par la recourante, soit une violation de son droit à la preuve n'a pas de portée propre par rapport au grief tiré d'une violation du droit. Ce grief fera l'objet, en tant que besoin, d'un examen sur le fond ci-dessous.

4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 13 décembre 2024, par laquelle l'OAI a refusé le droit de la recourante à une rente d'invalidité, au motif que sa capacité de travail est entière, depuis toujours, dans toutes activités correspondant à ses aptitudes, compétences et motivations.

a) Selon l'article 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'article 8 al. 1 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). En vertu de l'article 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé

physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

b) Selon l'article 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, le taux d'invalidité pour cette activité est évalué selon l'article 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, le taux d'invalidité pour cette activité est fixé selon l'alinéa 2. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (art. 28a al. 3 LAI).

5.a) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge s'il y a 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, voire incapable, de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 cons. 3.2 et les références citées).

L'assurance-invalidité, comme toute autre assurance, repose sur l'hypothèse que le risque assuré ne se réalise qu'exceptionnellement. Il en découle que l'assuré doit en principe être considéré comme étant en bonne santé et pouvant exercer une activité professionnelle (ATF 141 V 281 cons. 3.7.2, selon lequel il faut en règle générale partir du principe de la « validité »), dès lors que la plupart des atteintes à la santé n'entraînent pas d'incapacité de travail durable, ainsi que cela est mis en évidence en considérant l'ensemble de l'éventail des maladies physiques et psychiques. Le droit à une rente d'invalidité suppose ainsi une atteinte à la santé. Le diagnostic d'une atteinte à la santé n'implique cependant pas encore qu'elle est invalidante. Le caractère invalidant d'une atteinte à la santé se détermine, selon le texte clair de la loi, d'après les conséquences de celle-ci sur la capacité de travail et de gain. Le point déterminant à cet égard est de savoir si, compte tenu des atteintes invoquées, il ne peut plus être exigé de l'assuré qu'il travaille encore, à temps plein ou à temps partiel. C'est pourquoi un examen objectif de l'exigibilité s'applique en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé, en partant du principe de la validité et en laissant à l'assuré le fardeau matériel de la preuve de l'invalidité (ATF 142 V 106 cons. 4.3 et 4.4).

b) En matière d'appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent

à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du praticien soient bien motivées (ATF 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a et les références citées).

b/aa) La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types de documents médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de documents médicaux (ATF 125 V 351 cons. 3a ; Riemer-Kafka [Edit.], *Expertises en médecine des assurances*, 3^eéd., 2018, p. 31 ss). S'agissant des 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 135 V 465, cons. 4.5, 125 V 351 cons. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF du 29.10.2003 [I 321/03] cons. 3.1 ; Valterio, *Commentaire LAI*, ad art. 57 n° 48). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise soit établi à la demande d'une partie et soit produit pendant la procédure ne justifie pas en soi de douter de sa valeur probante (ATF 125 V 351 cons. 3b/dd et les références citées).

b/bb) Concernant les SMR, ceux-ci évaluent, en vertu de l'article 49 al. 1 RAI et de l'article 54a al. 2 et 3 LAI, les conditions médicales du droit aux prestations. Le sens et le but de ces dispositions est que les offices AI puissent recourir à leurs propres médecins pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Il est attendu de ceux-ci que, sur la base de leurs connaissances spéciales en médecine des assurances, ils établissent la capacité fonctionnelle des assurés déterminante en matière d'assurance-invalidité ; il s'agit ainsi de créer une séparation conséquente des compétences des médecins traitants (traitement médical et thérapeutique) et de l'assurance sociale (détermination des effets de l'atteinte à la santé) (arrêt du TF du 03.09.2015 [9C_858/2014] cons. 3.3.2). En application des dispositions citées, les SMR désignent les activités exigibles ainsi que les fonctionnalités inexigibles. Les SMR sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'Office fédéral. Selon une jurisprudence constante, les rapports réalisés par les SMR en vertu de l'article 49 al. 1 RAI ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Leur but est de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale. Ces rapports ne sont pas dénués de toute valeur probante dès lors qu'ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, en matière d'expertises médicales.

b/cc) 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, la jurisprudence pose que le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 cons. 4.4, 122 V 157 cons. 1c et les références citées). On ne saurait ainsi 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.

b/dd) Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a reconnu la nécessité de prendre en considération un diagnostic de syndrome post-covid, pour autant qu'il ait été posé par un médecin, dans l'examen de la capacité de travail d'un assuré (arrêt du TF du 06.11.2023 [9C_63/2023] cons. 5.1). Par ailleurs, plusieurs auteurs dans la doctrine ont estimé que la partie non somatique du covid long devait être traitée de manière similaire aux maladies psychiques et aux troubles dits non objectivables (Dupont, *Etat de droit et état d'urgence : perspectives sous l'angle du droit des assurances*, 2023, in : SJ 2023 p. 345 ; Egli/Kradolfer/Vokinger, *Long Covid*, in : RSAS pp. 176 et 182-183). Selon la jurisprudence, la capacité de travail d'une personne souffrant de telles affections doit être évaluée sur la base d'une vision globale, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure structurée d'établissement des faits fondée sur des indicateurs qui déterminent, d'une part, les facteurs invalidants, et, d'autre part, les ressources de la personne concernée (ATF 145 V 361 cons. 3.1, 141 V 281 cons. 2, 3.4 à 3.6, 4.1). Le point de vue de ces auteurs est par ailleurs corroboré par le Groupe de travail post-Covid-19 commun à l'Universitätsspital de Bâle et la Swiss Insurance Medicine, dans le document « Recommandation pour le bilan de médecine d'une affection post-Covid-19 en Suisse (Version 2.0) », daté du 31 juillet 2023. Cette publication recommande en effet une expertise polydisciplinaire en médecine interne/infectiologie et neurologie/neuropsychologie, si les symptômes persistent pendant plus de 12 mois (ou en cas de convalescence après une forme grave, après la fin des mesures thérapeutiques) (arrêt du TAF du 25.06.2024 [C-4115/2023] cons. 11.1).

6.a) En l'espèce la décision litigieuse fait suite aux rapports de synthèse des 12 août et 11 octobre 2024 du SMR, lequel conclut à une capacité de travail de 100 %, depuis toujours, dans toutes activités correspondant aux aptitudes, compétences et motivations de l'assurée. Cette conclusion est basée sur l'expertise bidisciplinaire effectuée par les Drs N. _____ et M. _____ (cf. rapport d'expertise du 02.08.2024). Les experts n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant sur les plans somatique et psychique, ni constaté de limitations fonctionnelles. Au titre de diagnostic non incapacitant, ils ont retenu un status après infection au SARS-COV-2, début novembre 2020, suivi d'un syndrome de covid long (CIM-11 : RA02).

b) L'assurée reproche à l'OAI de s'être basé sur le rapport d'expertise bidisciplinaire et sur les avis du SMR pour retenir qu'elle ne présentait aucune incapacité de travail. A cet égard, elle se prévaut d'une lacune d'instruction et fait valoir que son état de santé n'a été évalué qu'au regard des aspects psychiatriques et rhumatologiques, alors qu'il aurait dû faire l'objet d'une appréciation pluridisciplinaire, conformément aux recommandations émises par l'OFSP. Pour sa part, se fondant sur l'avis du SMR, l'intimé estime que les limitations fonctionnelles décrites - à savoir la fatigue, la respiration dysfonctionnelle ainsi que les difficultés attentionnelles et exécutives - ont été

analysées et considérées comme insuffisamment significatives pour entraîner une incapacité de travail. Cette appréciation a été partagée tant par l'expert en médecine interne et rhumatologie que par l'expert psychiatre, lesquels disposent l'un et l'autre des compétences expertales requises pour procéder à une telle évaluation, et ce, nonobstant l'étiologie du trouble.

c/aa) Il convient ainsi d'examiner la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire des Drs N._____ et N._____.

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'Universitätsspital 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 SIM. Une deuxième version, intégrant les mises à jour scientifiques, a été publiée le 31 juillet 2023 (version 2.0). Il ressort notamment de cette dernière recommandations (cf. ch. 3.2, p. 5) 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 (cf. ch. 5, p. 8 ss) : complications pneumologiques (dyspnée, toux, limitation de la capacité physique et troubles du sommeil), complications cardiovasculaires (accidents ischémiques cérébraux, infarctus du myocarde, risque accru de maladies cardiovasculaires [accidents vasculaires cérébraux, arythmies cardiaques, cardiopathies ischémiques et non ischémiques, péricardite et myocardite, insuffisance cardiaque et thromboembolie]), complications neurologiques et neurocognitives (problèmes d'odorat et de goût, céphalées et douleurs musculaires, syndrome d'épuisement général avec fatigue organique, problèmes de mémoire, de concentration, troubles sensoriels et dysautonomies, etc.), complications rhumatologiques (myosite, vasculite, glomérulonéphrite, myocardite, arthrite et tableau Kawasaki-like, maladie auto-immune [chronique]), complications ORL

(troubles aigus de l'odorat). Les pathologies préexistantes, telles que par exemple l'asthme, la fatigue chronique, les céphalées, la dyspnée ou encore les myalgies, accroissent le risque d'affection post covid-19 (cf. ch. 5, p. 10). 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 (cf. ch. 5.3, p. 11). La CIM-11 comporte le code 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 (cf. ch. 2, p. 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 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 (cf. ch. 8.2, p. 14). 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 (cf. ch. 8.2.1, p. 15). 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 postcovid-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 (cf. ch. 8.2.2, p. 17).

c/bb) La Cour de céans observe d'emblée que la procédure suivie, en particulier l'expertise mise en œuvre ne correspond pas aux recommandations en matière de covid long. En effet, à teneur de ces dernières, si les symptômes persistent pendant plus de douze mois, une expertise de base en médecine interne/infectiologie et en neurologie/neuropsychologie est préconisée. Or, en l'occurrence, les symptômes persistaient chez la recourante depuis plus de douze mois lors de l'expertise des Drs N. _____ et M. _____, en juillet 2024, étant rappelé qu'elle a été testée positive au covid-19 en novembre 2020. Il en résulte que son cas aurait dû faire l'objet d'un examen en neurologie/neuropsychologie. Pourtant, seule une expertise psychiatrique, accompagnée d'un examen neuropsychologique, a été réalisée.

Par ailleurs, les recommandations précisent un volet pneumologique à l'expertise, en cas de dyspnée prolongée. A cet égard, on relèvera qu'il ressort des éléments au dossier que l'assurée, lors d'un rapport d'entretien d'évaluation avec l'OAI, a mentionné une dyspnée à l'effort (cf. rapport d'entretien du 02.11.2022), et a consulté plusieurs pneumologues. La Dre C. _____, mandatée dans le cadre d'une expertise sollicitée par l'assurance perte de gain, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de covid long de type neurovégétatif avec respiration dysfonctionnelle et fatigue chronique. Elle a précisé que, dans l'activité habituelle, la reprise pouvait être envisagée dès le 1er décembre 2022 à un taux maximal de 40 % d'un temps plein, soit la moitié du temps habituel de travail de 80 %, avec une augmentation progressive de 10 % par palier de trois mois. A la question de savoir de quelle façon le ou les diagnostics posés influençaient la capacité de travail, elle a répondu que la respiration dysfonctionnelle et la dysfonction neurovégétative entraînaient une dyspnée majeure limitant toute activité physique, y compris les tâches de la vie quotidienne de mère de famille (cf. rapport d'expertise du 19.10.2022, p. 3). A ce titre, ni l'expertise rhumatologique ni l'expertise psychiatrique ne discutent le diagnostic notamment posé par la Dre C. _____, ni l'incapacité de travail retenue par cette praticienne. Le Dr E. _____ avait lui aussi précédemment posé le diagnostic de dyspnée, toux et fatigue post infection covid (cf. rapport du 22.12.2020). Le Prof. F. _____ a indiqué que l'ergospirométrie réalisée le 24 février 2022 montrait très clairement une respiration dysfonctionnelle avec une augmentation anarchique du volume courant et de la fréquence respiratoire durant l'effort, laquelle devait être mise sur le compte du covid long (cf. rapport médical du 14.03.2022). Il a mentionné par ailleurs que la respiration dysfonctionnelle limitait la capacité d'effort de sa patiente (cf. rapport médical du 11.03.2022). Dans les documents médicaux produits devant la Cour de céans, ce spécialiste se rapporte à une consultation effectuée le 6 décembre 2024, soit antérieurement à la décision querellée, ainsi qu'à une ergospirométrie réalisée le 18 décembre 2024. Il y conclut à l'existence d'une dyspnée d'origine fonctionnelle - précisant que le tableau respiratoire décrit est apparu dans les suites immédiates de l'infection au covid-19 - et à l'octroi d'une rente à 100 % relevant qu'il n'existe actuellement pas de traitement thérapeutique efficace permettant de modifier l'évolution naturelle de sa respiration dysfonctionnelle et de lui permettre la reprise d'une quelconque activité professionnelle. Il précisait par ailleurs que le handicap clinique et fonctionnel généré par sa respiration ne lui

permettait pas de reprendre son activité d'enseignante puisqu'il ne lui serait jamais possible d'adapter sa fonction ventilatoire pour lui permettre de parler avec confort et à faible demande énergétique (cf. rapport médical du 14.02.2025). On précisera que l'avis de ce spécialiste dûment documenté - lequel se prononce sur la capacité de travail de l'assurée - permet à lui seul de remettre en question, de manière convaincante, les conclusions des experts dont la pneumologie ne relève pas de leurs spécialisations. Le Dr G. _____ a, pour sa part, indiqué que l'assurée avait séjourné dans le Service de pneumologie de l'Hôpital [g] du 10 au 12 mai 2022, puis en réhabilitation respiratoire du 13 au 25 mai 2022, et a posé le diagnostic de respiration dysfonctionnelle sur un covid long (cf. rapport médical du 19.07.2022). Le Prof. H. _____ et la Dre I. _____ - bien qu'ils soient spécialistes en médecine interne - ont également posé le diagnostic d'affection post-covid (covid long ; CIM-11 : RA02), avec notamment une respiration dysfonctionnelle. Ainsi, l'ensemble des spécialistes consultés par la recourante s'accordent à reconnaître l'existence d'une dyspnée, laquelle paraît se prolonger au vu du dernier rapport médical établi par le Prof. F. _____. Même si dans le cadre de l'instruction, l'OAI a interpellé le centre de consultation covid long Centre [b] (cf. avis médical du SMR du 31.01.2024), on relèvera que celui-ci n'a pas été en mesure de fournir une appréciation médico-asséculo-logique complète et précise, tout comme le Dr K. _____ (rhumatologue). Dans ces conditions, il appartenait à l'OAI d'éclaircir l'état de fait déterminant avant de rendre sa décision (cf. art. 43 LPGA), en interpellant, par exemple, le Prof. F. _____, ou conformément aux recommandations précitées, en mandatant un expert en pneumologie chargé d'examiner le cas de l'assurée. Par ailleurs, l'appréciation du SMR du 11 octobre 2024, sur laquelle s'est fondée l'OAI, selon laquelle les limitations fonctionnelles décrites - à savoir la fatigue, la respiration dysfonctionnelle ainsi que les difficultés attentionnelles et exécutives - auraient été analysées et jugées insuffisamment significatives pour entraîner une incapacité de travail, appréciation partagée tant par l'expert en médecine interne et rhumatologie que par l'expert-psychiatre, tous deux disposant des compétences expertales requises pour procéder à une telle évaluation, et ce nonobstant l'étiologie du trouble, apparaît dépourvu de toute pertinence. En effet, bien que les pneumologues consultés ne se soient, pour la plupart, pas prononcés sur la capacité de travail de la recourante, il demeure que la Dre C. _____ avait constaté une incapacité de travail en lien avec un syndrome dyspnéique et que le Prof. F. _____ s'est expressément prononcé sur la répercussion de ce diagnostic sur la capacité de travail de la recourante dans son dernier rapport. Or, les deux experts - qui ne sont pas spécialisés en pneumologie - n'ont pas exposé les raisons susceptibles de justifier de s'écarter de l'avis émis par cette spécialiste. En outre, suite aux conclusions du Prof. F. _____ produites par la recourante à l'appui de son recours, l'OAI n'a pas jugé utile de solliciter son SMR et de se déterminer à cet égard.

Il résulte de ce qui précède que l'expertise bidisciplinaire se trouve, d'une part, contredite par l'avis médical du Prof. F. _____ (rapport du 14.02.2025) et, d'autre part, qu'elle ne satisfait pas aux recommandations en vigueur en matière de prise en charge du covid long. Dans ces circonstances, elle ne peut se voir revêtir une pleine valeur probante. Une instruction complémentaire s'impose dès lors. Il appartiendra à l'OAI, s'il entend s'écarter des conclusions du dernier rapport établi par le Prof. F. _____, de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire portant notamment sur la médecine interne/infectiologie, la neurologie/neuropsychologie et la pneumologie, ainsi que sur toute autre spécialité que les experts jugeront nécessaire (cf. ATF 139 V 349 cons. 3.3). Si une

expertise est mise en œuvre, elle devra, en particulier, satisfaire aux exigences dégagées par la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'évaluation des atteintes psychiques (cf. ATF 141 V 281).

7.a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

b) Les frais de la procédure, arrêtés à 660 francs, doivent être mis à la charge de l'OAI (art. 61 let. fbis LPGA en relation avec l'art. 69 al. 1bis LAI).

La recourante qui a plaidé avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), dont le montant est défini dans les limites prévues par la loi du 6 novembre 2019 fixant le tarif des frais, des émoluments de chancellerie et des dépens en matière civile, pénale et administrative (LTFrais). A défaut d'un état des honoraires et des frais, les dépens seront fixés sur la base du dossier (art. 64 al. 1 et 2 LTFrais par renvoi de l'art. 67 LTFrais). Tout bien considéré, l'activité déployée par le mandataire, qui représentait déjà l'assurée devant l'OAI et devait avoir pour cette raison une connaissance approfondie du dossier, peut être évaluée à un total de 8 heures. Eu égard au tarif appliqué par la Cour de céans de l'ordre de 300 francs de l'heure (CHF 2'400), des débours à raison de 10 % des honoraires (art. 63 LTFrais par renvoi de l'art. 67 LTFrais ; CHF 240) et de la TVA au taux de 8,1 % (CHF 213.85), l'indemnité de dépens sera fixée à 2'853.85 francs.

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Admet le recours.
2. Annule la décision de l'OAI du 13 décembre 2024 et lui renvoie la cause pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
3. Met à la charge de l'OAI les frais de la présente procédure par 660 francs.
4. Ordonne la restitution à la recourante de son avance de frais.
5. Alloue à la recourante une indemnité de dépens de 2'853.85 francs à la charge de l'intimé.

Neuchâtel, le 19 novembre 2025

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