

# **VS\_GERICHTE S2 22 25 vom 11. Oktober 2023**

VS Kantonsgericht, 2023-10-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs\\_gerichte\\_S2 22 25](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_22_25)

FR: VS\_GERICHTE S2 22 25 du 11 octobre 2023

IT: VS\_GERICHTE S2 22 25 del 11 ottobre 2023

## **Regeste**

S2 22 25 ARRÊT DU 11 OCTOBRE 2023 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Dr. Thierry Schnyder et Christophe Joris, juges ; Simon Hausammann, greffier en la cause X \_\_\_\_\_, recourante, représentée par Maître Philippe Loretan, avocat, 1950 Sion 2 Nord contre HELSANA ACCIDENTS SA, intimée (art. 9, 36 LAA et 43 LPGA ; Covid-long, maladie professionnelle, causalité)

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément. Remis à la poste 10 mars 2022, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 7 février précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

### **E. 2**

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents pour les suites d'une rechute annoncée le 10 août 2021 en lien avec l'évènement du 20 mars 2020. L'existence d'une maladie professionnelle (art. 9 LAA), soit l'infection au Covid-19, n'est en revanche pas contestée.

#### **E. 2.1**

Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée. Elle 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).

#### **E. 2.2**

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'évènement assuré. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a

rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et 118 V 293 consid. 2c).

- 7 - Les rechutes et séquelles tardives ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_421/2018 du 28 août 2018 consid. 3.1, in SVR 2019 n° 9 p. 26). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_115/2019 du 20 novembre 2019 consid. 3, 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2 avec les références [in SVR 2017 UV n° 19 p. 63] et 8C\_331/2015 du 21 août 2015 consid. 2.2.2 [in SVR 2016 UV n° 18 p. 55]).

### **E. 2.3**

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la *conditio sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'évènement 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 142 V 435 consid. 1, 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 avec les références). En vertu de l'article 36 alinéa 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

- 8 - 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 139 V 176 consid. 5.3 et 135 V 39 consid. 6.1 avec 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, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Le seul 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3).

#### **E. 2.4**

Dans l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 123 V 102, 122 V 417, 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6, 369 consid. 4, 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_540/2018 du 22 juillet 2019 consid. 4.2). Cette jurisprudence relative à la causalité adéquate en cas d'atteinte psychique consécutive à des accidents (art. 7 et 8 LAA) n'est pas applicable par analogie aux troubles psychiques en relation avec des maladies professionnelles (art. 9 LAA). Dans cette éventualité, la causalité est adéquate si la maladie professionnelle ou les

- 9 - événements en relation avec celle-ci sont propres, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, à entraîner des troubles psychiques du genre de ceux qui sont apparus (ATF 125 V 456 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_307/2013 du 6 mars 2014 consid. 4.3).

#### **E. 2.5**

Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a). L'autorité compétente doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis

décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 ; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_106/2011 précité consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

- 10 - Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cependant, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2, 8C\_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 et U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345). Enfin, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Une telle expertise ne sera ordonnée que si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical

interne de l'assurance (ATF 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1, 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_108/2011 du 24 octobre 2011 consid. 2.2).

- 11 -

### **E. 3**

Dans le cas d'espèce, l'intimée a refusé de prendre en charge les troubles de la recourante, annoncés le 10 août 2021 comme rechute de la maladie professionnelle, au motif que pour le Dr E \_\_\_\_\_ il n'existait pas de lien de causalité avec l'infection de mars 2020.

#### **E. 3.1**

On relèvera premièrement que le Dr E \_\_\_\_\_, médecin auprès de la CNA, est intervenu comme médecin-conseil de l'intimée et non comme un expert externe, comme le soutient à tort Helsana. Cette dernière a en effet soumis à plusieurs reprises le dossier au Dr E \_\_\_\_\_ afin qu'il se prononce sur l'évolution du cas de la recourante (cf. pièces C13, C22 et C38) sans passer par la procédure spéciale prévue à l'article 44 alinéa 2 LPGA pour la désignation d'un expert neutre et indépendant. L'intimée a ainsi choisi de régler le cas d'assurance de la recourante en se basant uniquement sur l'avis de son médecin-conseil et sans recourir à une expertise externe au sens de l'article 44 LPGA. Pour rappel, dans un tel cas, l'appréciation des preuves doit répondre à des exigences strictes et des doutes, mêmes minimes, quant à la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, exigent de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1 et 139 V 225 consid. 5.2 précités). Le fait que la jurisprudence considère les médecins de la CNA comme des spécialistes en matière de traumatologie respectivement de maladie professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références) ne change rien à cet égard.

#### **E. 3.2**

Selon le Dr E \_\_\_\_\_, il existait un fort doute quant à l'origine exacte des plaintes persistantes de la recourante. Il a estimé que si ses symptômes pouvaient effectivement entrer dans le cadre d'un Covid-long, ils pouvaient également s'expliquer par les troubles psychiques. Le médecin-conseil a ajouté que les troubles anxio-dépressifs avaient une origine multifactorielle, de sorte qu'il était impossible d'affirmer que l'épisode dépressif modéré présenté par la recourante était exclusivement en lien avec sa contamination par le Covid-19 en mars 2020 (cf. avis du 15 novembre 2021 ; pièce M10). Les autres médecins ayant examiné la recourante sont d'un autre avis. Le Dr D \_\_\_\_\_ a en effet indiqué que sa patiente souffrait de troubles respiratoires, d'un état de fatigue et d'un état dépressif réactionnel, dans le cadre d'un Covid-long 18 mois après son infection (cf. certificat médical du 18 août 2021 ; pièce M7). La Dresse C \_\_\_\_\_ a également relevé, le 24 août 2021, que l'intéressée présentait encore une fatigue au moindre effort, une sensation de dyspnée associée et une toux post-Covid (pièce M8). Enfin, les spécialistes du CCPP ont affirmé que l'épisode dépressif

- 12 - modéré (F32.11) était réactionnel à la péjoration de l'état de santé de la recourante (cf. rapport du 28 septembre 2021 ; pièce M9). Cela étant, les explications du Dr E \_\_\_\_\_ ne sont pas suffisamment convaincantes pour que l'on puisse simplement ignorer les avis des autres médecins qui sont intervenus dans ce dossier. Le médecin-conseil a reconnu que les symptômes de la recourante pouvaient entrer dans le cadre d'un

Covid-long, mais a estimé qu'ils avaient été causés par les troubles psychiques, lesquels ne pouvaient selon lui pas être rattachés à l'infection au Covid-19 en raison de leur origine multifactorielle. Or, le CCPP a clairement indiqué que l'état dépressif modéré était réactionnel à la péjoration de l'état de santé de la recourante en juin 2021, attendu que cette dernière avait beaucoup de peine à accepter les conséquences fonctionnelles de son état de santé qui la limitaient dans ses activités sportives notamment. Le rapport du CCPP décrit dès lors sans équivoque une relation de causalité entre l'infection au Covid-19 en mars 2020 et les troubles psychiques développés à partir de juin 2021. A l'inverse, il ne ressort pas de l'anamnèse de la recourante qu'elle aurait des antécédents psychiatriques qui pourraient expliquer ses troubles, ni qu'elle aurait dû faire face à un évènement particulier dans sa vie, autre que sa contamination par ce virus (à l'instar d'un deuil, d'une séparation, d'une agression, de la perte de son travail, etc.), qui aurait été propre à déclencher chez elle un épisode dépressif. Dans leur rapport du 11 avril 2022, les Drs H \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_ ont également mentionné que les symptômes dépressifs et anxieux étaient en lien avec l'infection au Covid-19 et que la symptomatologie psychiatrique était en rémission après un traitement médicamenteux (pièce 24 de la recourante). Il était dans cette mesure difficile pour le Dr E \_\_\_\_\_ de soutenir d'emblée et sans autre examen médical que les troubles psychiques n'étaient pas en relation de causalité avec la contagion du Covid-19 et que celle-ci avait seulement été un facteur révélateur ou déclencheur. Aucun indice ne permet en particulier de supposer que la recourante aurait également développé des troubles anxio-dépressifs sans une contamination par ce virus en mars 2020, ce d'autant plus que les symptômes anxieux et dépressifs ne sont apparus qu'une année après sa contagion sans qu'un évènement particulier ne les explique. N'étant pas spécialiste en psychiatrie, l'avis du médecin-conseil n'est sur ce point que peu convaincant. Du reste, on ajoutera que les avancées médicales dans l'identification et la compréhension des symptômes du Covid-19 ont permis de confirmer qu'une infection à ce virus pouvait entraîner au moins un mois après, auprès d'un nombre non négligeable de patients, des troubles psychiatriques, notamment des symptômes d'anxiété (12.8 à 42%), des troubles dépressifs (9.9 à 31%) et des états de stress post-traumatique (jusqu'à 28% ; BENZAKOUR/ASSAL/PÉRON, Covid long

- 13 - neuropsychologique : origine neurologique ou psychiatrique, in : Revue médicale suisse du 28 avril 2021 ; pp. 23 ss des recommandations des HUG sur la prise en charge des patients souffrant de séquelles à long terme d'une infection au SARS-CoV-2 [Post Covid – PASC] produites en pièce 17 par la recourante). Dans ces circonstances, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, il apparaît que la contagion du Covid-19 en mars 2020 était propre à provoquer auprès de la recourante un épisode dépressif moyen en juin-juillet 2021. Par ailleurs, en précisant que l'infection pouvait être considérée comme un facteur révélateur ou déclencheur des symptômes psychiques, le médecin-conseil a implicitement reconnu l'existence d'une causalité naturelle. Pour la reconnaître, il suffit en effet que l'évènement dommageable, ici la maladie professionnelle, associée éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé de la recourante. Aussi, dans l'hypothèse nullement démontrée où la recourante souffrait déjà de troubles psychiques par le passé qui auraient été décompensés par l'infection au Covid-19 en mars 2020, il revenait à l'intimée de prendre en charge les suites de cette décompensation jusqu'à ce que l'atteinte à la santé ne repose plus que sur des causes étrangères à la maladie professionnelle. En d'autres termes, cette supposée aggravation passagère d'un état maladif préexistant aurait dû donner lieu à une indemnisation jusqu'à ce

que le statu quo sine soit atteint. L'intimée n'a cependant aucunement examiné ce point, malgré la remarque de son médecin-conseil.

### **E. 3.3**

Le Dr E \_\_\_\_\_ n'étant pas spécialiste en psychiatrie et admettant en outre qu'il existait un « fort doute quant à l'origine exacte des plaintes persistantes » de la recourante, l'intimée ne pouvait pas se contenter de son avis insuffisamment probant pour nier tout lien de causalité. En présence d'interprétations divergentes de médecins sur des questions purement médicales, Helsana ne pouvait pas trancher le cas en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis sans ordonner une mesure d'instruction complémentaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_615/2021 du 31 mars 2021 consid. 3.2). Eu égard à ce qui précède, la décision sur opposition du 7 février 2022 est annulée et la cause renvoyée à Helsana pour mise en œuvre d'une expertise indépendante au sens de l'article 44 LPGA, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'article 43 alinéa 1 LPGA (ATF 132 V 368 consid. 5 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_401/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3 et les références). Seul un expert neutre et indépendant en psychiatrie pourra apporter une réponse tranchée sur les divergences d'opinions entre les spécialistes et déterminer, à

- 14 - la lumière des connaissances médicales à ce jour, si les troubles psychiques subis par la recourante à partir du 28 juillet 2021 étaient dans une relation de causalité avec son infection au Covid-19 en mars 2020. Cet examen ne devra en revanche pas porter sur la nouvelle contamination au Covid-19 de la recourante en décembre 2021, dès lors que celle-ci constituerait un nouveau cas d'assurance et non une rechute de la maladie professionnelle du 20 mars 2020.

### **E. 4**

La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis LPGA, la LAA ne contenant pas de disposition spéciale prévoyant la perception de frais judiciaires).

### **E. 5**

La partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA) lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V 215 consid. 6).

#### **E. 5.1**

Selon l'article 40 alinéa 1 LTar, pour la procédure devant la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 et 11 000 francs. Le montant des honoraires du conseil juridique doit être évalué sur la base d'une pondération de critères que cite l'article 27 alinéa 1 LTar, parmi lesquels figure le temps utilement consacré par ledit conseil juridique à la défense de la cause ; la rémunération que prévoit la LTar est donc fixée sur la base d'un forfait et non en fonction d'un tarif horaire (RVJ 2012 p. 210 consid. 5.1).

#### **E. 5.2**

Dans le cas d'espèce, le mandataire de la recourante a produit un recours motivé de trente pages, une réplique de neuf pages, ainsi qu'une détermination supplémentaire de quatre pages, dans lesquels les mêmes arguments ont pour l'essentiel été repris et développés. Au

vu des critères précités, de l'activité utile déployée par l'avocat de la recourante qui a notamment produit des avis de différents médecins, de la teneur des pièces de procédure déposées, de la complexité moyenne de l'affaire et de l'ampleur du dossier, la Cour fixe les honoraires de son avocat à un montant arrondi de 2000 francs, débours et TVA compris.

- 15 - Prononce

1. Le recours est admis. La cause est renvoyée à Helsana Accidents SA pour la mise en œuvre d'une expertise indépendante au sens de l'article 44 LPG, conformément au considérant 3, et nouvelle décision. 2. Il n'est pas perçu de frais. 3. Helsana Accidents SA versera à X \_\_\_\_\_ une indemnité de 2000 francs pour ses dépens.

Sion, le 11 octobre 2023.

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