

# **GE\_GERICHTE ATAS/247/2025 vom 8. April 2025**

GE Cour de justice, 2025-04-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_247\\_2025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_247_2025)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/247/2025 du 8 avril 2025

IT: GE\_GERICHTE ATAS/247/2025 del 8 aprile 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ – E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du

### **E. 1.2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA ne déroge expressément à la LPGA. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

### **E. 1.3**

Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).

### **E. 1.4**

Conformément à l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en

A/3123/2024 - 20/35 - communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré. Sont des autres assureurs pouvant prétendre au bénéfice de la communication de la décision les assureurs sociaux au sens de la LPGA (Valérie DÉFAGO GAUDIN, Commentaire romand Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 48 ad art. 49 LPGA). L'autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré. Cette disposition signifie uniquement que l'architecture du contentieux est identique à celle qui vaut s'il était initié par l'assuré : l'autre assureur doit, tout comme l'assuré, utiliser la voie de l'opposition (art. 52) si celle-ci est ouverte, respectivement saisir le juge (DÉFAGO GAUDIN, op cit., n. 51 ad art. 49 LPGA).

### **E. 1.5**

Aux termes de l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. La jurisprudence considère comme intérêt digne de protection, au sens de cette disposition, tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette

décision. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait (ATF 120 V 39 consid. 2b ; 121 II 174 consid. 2b). L'intérêt doit être direct et concret ; en particulier, la personne doit se trouver dans un rapport suffisamment étroit avec la décision, tel n'étant pas le cas de celui qui n'est atteint que de manière indirecte ou médiate (ATF 125 V 342 consid. 4a). Lorsque le cumul des prestations de deux assureurs sociaux est exclu, la coordination matérielle entre ces deux assureurs peut reposer sur une condition commune qui fonde l'obligation de prêter de l'un ou de l'autre selon qu'elle est remplie ou ne l'est pas. Par exemple, soit l'atteinte à la santé est d'origine accidentelle et l'assurance-accidents doit couvrir le cas, à l'exclusion de l'assurance-maladie, soit l'atteinte est d'origine malade et l'assurance-maladie doit intervenir, à l'exclusion de l'assurance-accidents (art. 3 et 4 LPG, art. 6 LAA et art. 1a al. 2 let. a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 [LAMal - RS 832.10]). Cette condition commune fonde un rapport étroit de chacun des assureurs avec l'objet du litige, qui justifie de lui reconnaître la qualité pour recourir contre le refus de prêter de l'autre assureur. Dès lors qu'il renonce à recourir contre une décision qui lui a été dûment notifiée, il est lié par la décision, ce qui évite des conflits négatifs de compétence. L'assureur-maladie a ainsi qualité pour recourir contre une décision de refus de traitement médical ou d'indemnités journalières de l'assureur-accidents, au motif que l'atteinte à la santé n'est pas d'origine accidentelle (Jean MÉTRAL, Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 36 ad art. 59 LPG et les références).

A/3123/2024 - 21/35 -

#### **E. 1.6**

Aux termes de l'art. 70 al. 1 LPA, l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune.

#### **E. 1.7**

En l'occurrence, le recourant 1 est domicilié en France, mais son ancien employeur est situé dans le canton de Genève. Il est touché par la décision litigieuse en tant qu'elle lui nie tout droit aux prestations de l'assurance-accidents et prévoit notamment l'arrêt de la rente et la fin de la prise en charge des soins médicaux relatifs aux atteintes somatiques, à compter du 31 mai 2024. Partant, la chambre de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce. Le recourant 2, assureur-maladie obligatoire du recourant 1, est également touché par la décision litigieuse, dès lors que l'intimée refuse la prise en charge des traitements des troubles psychiques du recourant 1, faute de causalité. Le recourant 2 a donc la qualité pour recourir. Contrairement à ce que semble croire le recourant 2, l'intimée, dans la décision litigieuse, s'est déterminée sur son opposition du 17 août 2023 à la décision initiale du 13 juillet 2023, en confirmant le refus de prise en charge du traitement médical des troubles psychiques du recourant 1. En revanche, l'intimée n'a pas formellement statué sur l'opposition du 22 juillet 2024 du recourant 2 à la décision de reconsidération du 6 mai 2024, par laquelle elle a modifié la décision initiale du 13 juillet 2023 qui octroyait au recourant 1, atteint d'une maladie professionnelle, une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 2023 en raison de ses troubles somatiques, lui reconnaissait (après la fixation de la rente) la prise en charge des frais médicaux liés auxdits troubles, ainsi qu'une indemnité

pour atteinte à l'intégrité portant sur les troubles neuropsychologiques d'un taux de 35%. Cette décision de reconsidération a été rendue à la suite du retrait de l'opposition du recourant 1 à la décision du 13 juillet 2023, ce qui a eu pour conséquence l'entrée en force de cette décision. En effet, en cas de retrait de l'opposition, la décision initiale entre en force (ATF 131 V 414 consid. 2 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, 2015, p. 544, n. 169) et l'assureur n'a plus que la possibilité de modifier la décision initiale aux conditions de l'art. 53 LPGA (DÉFAGO GAUDIN, op cit., n. 32 ad art. 52 LPGA). Aux yeux de l'intimée, cette décision de reconsidération était motivée par le fait que le recourant 1 ne présentait en réalité pas une maladie professionnelle consécutive à l'infection au Covid-19 et que, dans tous les cas, l'examen de la causalité adéquate, qu'elle n'avait pas effectué à l'époque, conduisait au refus de toute prestation. La décision de reconsidération du 6 mai 2024 a un impact sur la situation du recourant 2 en tant qu'elle cesse le paiement des frais médicaux relatifs aux atteintes somatiques du recourant 1 au 31 mai 2024. Cela étant, le recourant 1, qui partage avec le recourant 2 une étroite communauté d'intérêts face à l'intimée, a

A/3123/2024 - 22/35 - contesté la fin de la prise en charge desdits soins médicaux. Au vu de l'admission du recours du recourant 1, pour les motifs exposés plus loin, il n'est pas nécessaire de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle se prononce sur l'opposition du recourant 2 du 22 juillet 2024 à la décision de reconsidération du 6 mai 2024. Pour le surplus, les deux recours contre la décision litigieuse du 22 août 2024 ont été interjetés dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA) prévus par la loi. Ils sont partant recevables. Dans la mesure où dans les deux causes, la question préalable qui se pose est celle de savoir si la maladie professionnelle doit être reconnue ou non, et que le sort de l'une influencerait celui de l'autre, il se justifie de les joindre sous le numéro de procédure A/3123/2024. 2. Le litige porte sur le point de savoir, d'une part, si l'intimée pouvait ou non reconsidérer la décision d'octroi de prestations LAA du 13 juillet 2023 et, d'autre part, si elle doit prendre en charge le traitement médical des troubles psychiques du recourant 1. 3. Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c ; 115 V 308 consid. 4a/cc). Selon la jurisprudence, la condition du caractère manifestement erroné est réalisée lorsque la décision a été rendue en violation manifeste du principe inquisitoire (cf. art. 43 al. 1 LPGA) sur la base d'un état de fait établi de manière incomplète. L'exigence du caractère manifestement erroné de la décision est également réalisée lorsque le droit à des prestations d'assurance a été admis en application des fausses bases légales ou que les normes déterminantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière incorrecte (ATF 140 V 77 consid. 3.1 ; 138 V 147 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_375/2020 du 2 février 2021 consid. 4.3). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes

d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir

A/3123/2024 - 23/35 - d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_108/2022 du 22 septembre 2022 consid. 3.3). 4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 4.1 Selon l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPG) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux ; le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent. Se fondant sur cette délégation de compétence - à laquelle renvoie l'art. 14 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) -, le Conseil fédéral a dressé à l'annexe 1 de l'OLAA la liste des substances nocives, d'une part, et la liste de certaines affections, ainsi que des travaux qui les provoquent, d'autre part. Ces substances et travaux, ainsi que les affections dues à ceux-ci, sont énumérés de manière exhaustive (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 3.2 et les références). Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation prépondérante est réalisée lorsque la maladie est due pour plus de 50% à l'action d'une substance nocive mentionnée dans la première liste, ou que, dans la mesure où elle figure parmi les affections énumérées dans la seconde liste, elle a été causée à raison de plus de 50% par les travaux indiqués en regard. En revanche, l'exigence d'une relation exclusive signifie que la maladie professionnelle est due pratiquement à 100% à l'action de la substance nocive ou du travail indiqué (ATF 119 V 200 consid. 2a et la référence). Aux termes de l'art. 9 al. 2 LAA, sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle. Il s'agit là d'une clause générale visant à combler les lacunes qui pourraient résulter de ce que la liste dressée par le Conseil fédéral à l'annexe 1 de l'OLAA ne mentionne pas soit une substance nocive qui a causé une maladie, soit une maladie qui a été causée par l'exercice de l'activité professionnelle (ATF 119 V 200 consid. 2b ; 117 V 354 consid. 2b ; 114 V 109 consid. 2b et les références). Selon la jurisprudence, l'aggravation d'un état maladif antérieur par des substances ou des travaux figurant sur la liste établie par le Conseil fédéral conformément à l'art. 9 al. 1 LAA ou par l'exercice de l'activité professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA est assimilée à une affection provoquée par ces mêmes causes

A/3123/2024 - 24/35 - (ATF 117 V 354 ; cf. 108 V 158). Lorsque l'aggravation d'origine professionnelle est de nature temporaire, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'au décours complet de l'aggravation (arrêt du Tribunal fédéral U.35/05 du 12 janvier 2006 consid. 1.2). Sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée. Une maladie professionnelle est réputée déclarée dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler (art. 6 LPG ; art. 9 al. 3

LAA). 4.2 Selon le ch. 2 let. b par. 4 de l'annexe 1 de l'OLAA, sont réputées affections dues à certains travaux au sens de l'art. 9 al. 1 de la loi les maladies infectieuses contractées lors de travaux dans des hôpitaux, des laboratoires, des instituts de recherches et établissements analogues. Selon l'OMS, les maladies infectieuses sont causées par des microorganismes pathogènes, tels que les bactéries, les virus, les parasites ou les champignons ; ces maladies peuvent se transmettre, directement ou indirectement, d'une personne à l'autre (Gaëlle BARMAN IONTA / David IONTA, COVID-19 sous l'angle de la maladie professionnelle, in Assurances sociales et pandémie de Covid-19, 2021, p. 70). Tant sous l'angle médical que du point de vue asséurologique, le Covid-19 est une maladie infectieuse entrant dans l'énumération des affections de l'annexe 1 ch. 2 let. b OLAA. De plus, la transmission de cette maladie résulte du contact humain, direct ou indirect. L'OMS a considéré la flambée de Covid-19 comme une épidémie en janvier 2020 qu'il a qualifiée de pandémie le 11 mars 2020 (BARMAN IONTA / IONTA, op cit., ibidem). 4.2.1 Le Tribunal fédéral a jugé qu'une assurée, qui travaillait comme psychologue dans une clinique et ne s'occupait pas elle-même de patients atteints d'une infection aiguë au Covid-19, n'était pas exposée au risque de contamination spécifique d'un poste de travail dangereux pour la santé dans un hôpital. Son infection au Covid-19 n'était donc pas une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 1 LAA en lien avec le ch. 2 let. b de l'annexe 1 de l'OLAA (ATF 150 V 460 consid. 4.7). En revanche, il a considéré qu'une assurée, assistante en soins et santé communautaire, chargée de soigner des patients atteints de Covid-19 à l'hôpital qui nécessitaient un contact physique étroit, exerçait une activité présentant le risque spécifique d'un poste de travail dangereux pour la santé à l'hôpital au sens du ch. 2 let. b de l'annexe 1 de l'OLAA. Par conséquent, il existe une présomption naturelle, en l'absence de preuve contraire concluante, que l'infection de l'assurée au Covid-19 était une maladie professionnelle. Lorsque les conditions de la présomption sont remplies, aucune investigation supplémentaire n'est

A/3123/2024 - 25/35 - nécessaire pour déterminer à quelle occasion l'infection a eu lieu (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2024 du 4 décembre 2024 consid. 5 et 6). En matière de preuve, il existe une présomption naturelle (sous réserve de preuve contraire convaincante) qu'il y a maladie professionnelle si l'une des maladies énumérées dans la liste est apparue et si l'assuré exerce l'activité correspondante décrite dans l'annexe de l'OLAA. Cependant, la présomption qu'une maladie infectieuse ait été causée par le travail à l'hôpital ne se justifie que si cette activité comporte un risque spécifique défini par le législateur comme dangereux pour la santé. Ainsi, toute activité dans un hôpital, un laboratoire ou un institut de recherche ne peut être considérée comme dangereuse pour la santé (ATF 150 V 460 consid. 4.6 avec références). 4.2.2 La Commission ad hoc des sinistres LAA a établi à l'intention des assureurs-accidents une recommandation en matière d'affections au sens de l'annexe 1 ch. 2 let. b OLAA (recommandation n° 1/2003, intitulée « Affections au sens de l'annexe 1, ch. 2, let. b OLAA » émise le 22 mai 2003 et révisée pour la dernière fois le 23 décembre 2020). Cette recommandation reconnaît l'affection à la Covid-19 comme pouvant être attribuée, d'un point de vue médical, à un groupe de maladies énoncées dans l'annexe 1 ch. 2 let. b OLAA. Si les conditions supplémentaires requises pour ce groupe d'affections sont remplies, soit, dans le cas des maladies infectieuses, lors d'une activité professionnelle exercée dans un hôpital, un laboratoire, un institut de recherche et autres établissements analogues, des prestations au titre de la LAA peuvent être dues au titre de maladie professionnelle. La Commission ad hoc des sinistres LAA précise encore qu'en cas de maladies infectieuses, transmissibles chez l'être humain, la caractéristique essentielle et

décisive d'une exposition pour raison professionnelle ou durant l'exercice de la profession est celle selon laquelle cette activité professionnelle exige de travailler avec des patients infectés ou contaminés, par exemple dans un hôpital ou dans un environnement fortement infecté/infectieux ou contaminé comme un laboratoire ou un institut de recherches. Ces recommandations n'ont toutefois pas valeur d'ordonnances administratives, ni de directives d'une autorité de surveillance aux autorités d'exécution de la loi. Il s'agit de simples recommandations qui ne lient pas le juge (ATF 144 V 411 consid. 4.7), même si elles ne sont pas dénuées d'importance du point de vue de l'égalité de traitement des assurés (ATF 134 V 277 consid. 3.5). 4.2.3 Selon la définition donnée par l'OMS, 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

A/3123/2024 - 26/35 - aigu ou perdurer au-delà de la durée de la maladie initiale. Ils peuvent être fluctuants ou récurrents. Selon la recommandation pour le bilan de médecine d'assurance d'une affection post-Covid 19 en Suisse (version 2.0), établie le 31 juillet 2023 par le groupe de travail post-Covid-19 - Médecine d'assurance, de l'Hôpital universitaire de Bâle, soumise à la SIM, l'infection par le virus SARS-CoV-2 déclenche une réaction immunologique, dont la conséquence est une atteinte multisystémique qui peut affecter les fonctions de nombreux organes, y compris le cerveau. La production du virus dépend de la réaction du système immunitaire de l'hôte et des propriétés des différents variants du SARS-CoV-2. Par ailleurs, le virus présente une affinité tissulaire pour les cellules des voies respiratoires hautes et basses, en particulier, mais aussi pour d'autres types de tissus, tels que : l'intestin, le système nerveux central, le foie, les reins, le cœur et les vaisseaux sanguins. La maladie est, par conséquent, corrélée à un large éventail de symptômes. L'intensité de la réponse immunitaire de la personne infectée dépend de différents facteurs tels que l'âge, le sexe, les maladies antérieures, mais aussi le variant du virus ; elle détermine l'évolution de la maladie et sa sévérité, sachant que des réinfections plus ou moins graves sont également possibles après la fin de la primo-infection. En conséquence, l'affection post-Covid-19 peut se manifester par des symptômes très divers. De ce fait, en dehors de lésions organiques pour lesquelles elle peut être clairement incriminée, l'affection post-Covid-19 est encore incomplètement comprise et s'avère multifactorielle. Il est toutefois établi que des séquelles de l'affection post-Covid-19 peuvent se retrouver dans différents domaines de spécialité : complications pneumologiques (dyspnée, toux, limitation de la capacité physique et troubles du sommeil), complications cardiovasculaires (accidents ischémiques cérébraux, infarctus du myocarde, risque accru de maladies cardiovasculaires [accidents vasculaires cérébraux, arythmies cardiaques, cardiopathies ischémiques et non ischémiques, péricardite et myocardite, insuffisance cardiaque et thromboembolie]), complications neurologiques et neurocognitives (problèmes d'odorat et de goût, céphalées et douleurs musculaires, syndrome d'épuisement général avec fatigue organique, problèmes de mémoire, de concentration, troubles sensoriels et dysautonomies, etc.), complications rhumatologiques (myosite, vasculite, glomérulonéphrite, myocardite, arthrite et tableau Kawasaki-like, maladie auto-immune [chronique]), complications ORL (troubles aigus de l'odorat). Les pathologies préexistantes, telles que par exemple l'asthme, la fatigue chronique, les céphalées, la dyspnée ou encore les myalgies, accroissent le risque

d'affection post-Covid-19. Chez les patients ayant développé une forme grave de Covid-19 mais aussi, dans une moindre mesure, dans des cas d'infection légère à moyenne, des troubles psychiques notables ont été constatés, avec une incidence élevée de troubles anxieux, affectifs, et d'états de stress post-traumatique mais aussi de problèmes de dépendance. La place des facteurs psychosociaux dans la

A/3123/2024 - 27/35 - 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. ATAS/984/2023 du 14 décembre 2023 consid. 6.1-6.2). 4.3 Selon la jurisprudence, un fait est la cause adéquate d'un résultat si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, ce fait était propre à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit, la survenance de celui-ci paraissant ainsi de façon générale favorisée (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 125 V 456 consid. 5a ; SVR 2010 UV n. 30 consid. 5.2). L'exigence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé qui s'en est suivie, en tant que condition du droit aux prestations de l'assurance-accidents, vise à limiter la responsabilité de cette dernière (ATF 129 V 177 consid. 3.3 ; 125 V 456 consid. 5c ; SVR 2017 UV n. 8 consid. 3.3). Il appartient au juge et à lui seul de trancher la question de la causalité adéquate. Le juge appelé à se prononcer sur l'existence d'un rapport de causalité adéquate doit se demander, en face d'un enchaînement concret de circonstances, s'il était probable que le fait considéré produisît le résultat intervenu. À cet égard, ce n'est pas la prévisibilité subjective mais la prévisibilité objective du résultat qui compte (ATF 107 V 173 consid. 4b). La question de savoir comment il y a lieu d'appréhender l'émergence d'une atteinte psychique en relation avec une maladie professionnelle (de nature somatique) doit être résolue selon le critère de la causalité adéquate. Selon le Tribunal fédéral (voir notamment ATF 125 V 456 consid. 5 ou arrêt du Tribunal fédéral 8C\_154/2010 du 16 août 2010 consid. 3.3), la jurisprudence relative à la causalité adéquate en cas d'atteinte psychique consécutive à des accidents (ATF 115 V 133, accident présentant objectivement une certaine gravité ou entrant sérieusement en ligne de compte dans la survenance des troubles psychiques) n'est pas applicable par analogie à l'examen de la survenance de troubles psychiques en lien (éventuel) avec des maladies professionnelles. Dans cette dernière éventualité s'applique la définition générale de la causalité adéquate, à savoir qu'il faut examiner si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, appréciés en fonction de la diversité des assurés pour lesquels l'assurance-accidents doit offrir sa protection, la maladie professionnelle, dans sa spécificité, était propre à entraîner des troubles psychiques du genre de ceux qui sont apparus (ATF 125 V 456 consid. 5e). Ayant eu à se prononcer sur le lien de causalité adéquate entre de l'asthme considéré comme une maladie professionnelle et des troubles psychiques, le Tribunal fédéral a notamment eu l'occasion de relever, dans le cadre de l'examen d'un cas particulier, que, pour que l'on puisse en l'espèce admettre l'existence

A/3123/2024 - 28/35 - dudit lien de causalité adéquate, il fallait en premier lieu que les substances inhalées par l'assurée fussent de nature à provoquer chez la plupart des assurés des troubles psychiques du genre de ceux dont elle avait souffert. Or, il n'était pas établi que les personnes qui travaillaient avec l'assurée avaient également été frappées de telles

affections psychiques, voire empêchées d'exercer leur métier en raison des substances allergènes présentes dans l'air de l'usine. En outre, il fallait tenir compte du fait que la maladie professionnelle dont l'assurée avait été affectée n'avait pas mis sérieusement sa santé en danger et qu'elle n'avait pas non plus compromis son retour dans la vie active. De plus, on devait retenir que l'assurée n'avait subi que de brèves périodes d'incapacité de travail et que son asthme professionnel n'avait pas porté atteinte de façon permanente ou irréversible à sa santé physique (arrêt du Tribunal fédéral U 153/01 du 29 avril 2002). Dans une autre affaire, le Tribunal fédéral a estimé que l'exposition à des substances allergiques ayant provoqué un eczéma chronique n'était pas de nature, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, à provoquer un état dépressif sévère accompagné de symptômes psychotiques, et a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'allergie professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_307/2013 du 6 mars 2014 consid. 4.3). En revanche, dans un arrêt du 4 juillet 2002, le Tribunal fédéral a reconnu le lien de causalité de troubles psychiques avec une maladie professionnelle, en présence d'une anaphylaxie idiopathique chronique récurrente (onze chocs anaphylactiques en l'espace de 26 mois). Il a alors considéré que la quantité de ces réactions, pouvant entraîner de graves conséquences ou même engager le pronostic vital, ainsi que leur survenance imprévisible, constituaient des circonstances particulières susceptibles, selon le cours habituel des événements et l'expérience générale de la vie, de conduire au développement de troubles psychiques tels qu'une dépression (arrêt du Tribunal fédéral U 88/02 du 4 juillet 2002 in RAMA 2002 U 468 p. 516 consid. 3 b et c). Dans l'ATF 125 V 456, le Tribunal fédéral a considéré que les réactions anaphylactiques subies par un assuré boulanger n'étaient pas, selon le cours habituel des choses et selon l'expérience générale de la vie, susceptibles de provoquer des troubles psychiques tels qu'une attitude d'évitement empêchant l'assuré de fréquenter non seulement les lieux où les substances allergènes se trouvaient, mais également tous ceux présentant des odeurs désagréables et dans lesquels il croyait donc ne pas pouvoir travailler (ATF 125 V 456 consid. 5e ; cf. arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal fribourgeois 605 2020 245 du 15 septembre 2021 consid. 3.3). 4.4 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré

A/3123/2024 - 29/35 - seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). 5.

5.1 En l'espèce, l'intimée a reconsidéré la décision initiale d'octroi de prestations LAA du 13 juillet 2023, au motif que l'art. 9 LAA n'avait pas correctement été appliqué, dans la mesure où l'infection du recourant 1 au Covid-19 ne pouvait pas être reconnue à titre de maladie professionnelle. Il convient donc d'examiner si cette décision était manifestement erronée.

5.1.1 Il n'est pas contestable que l'infection au Covid-19 est une maladie infectieuse au sens du ch. 2 let. b par. 4 de l'annexe 1 de l'OLAA. Il ressort du dossier que le recourant 1 collaborait en qualité d'infirmier responsable aux C\_\_\_\_\_ lorsque l'OMS a qualifié le Covid-19 de pandémie le

## **E. 6**

octobre 2000 (LPGA – RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA – RS 832.20).

## **E. 11**

mars 2020. D'après le cahier des charges d'un infirmier-responsable de soins, transmis par les C\_\_\_\_\_ à l'OAI (dossier intimée pièce 222 p. 75), les activités inhérentes à cette fonction comprennent notamment l'assurance que chaque patient bénéficie de soins individualisés et adaptés à son état de santé, et que les soignants de son équipe utilisent les référentiels et protocoles de soins en vigueur aux C\_\_\_\_\_, ainsi que l'établissement d'une relation suivie avec les patients et leurs proches tout au long de leur séjour. Selon la déclaration de sinistre du 8 juin 2020, complétée par l'employeur, le recourant 1 a été en contact avec des patients et des collaborateurs contaminés, à D\_\_\_\_\_ (gériatrie). Il a travaillé pour la dernière fois le 9 avril 2020 (jeudi), et il a effectué un test le 11 avril 2020 (samedi) qui s'est révélé être positif au Covid-19 le lendemain. Dans un rapport du

## **E. 15**

juillet 2020, le médecin généraliste traitant a indiqué que le recourant 1 était en charge de trois unités de soins dans cet hôpital où séjournaient des patients atteints du Covid-19, auxquels il avait prodigué des soins. Il a précisé que le recourant 1 ne disposait pas encore de matériel de protection suffisante, ce que l'intimée ne remet pas en cause. Du reste, les mesures de protection ont pour but de réduire, mais sans l'exclure totalement, le risque de contagion (cf. arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois AA 142/21-62/2023 du 30 mai 2023 consid. 6c). Lors d'un entretien avec un collaborateur de l'intimée le 9 novembre 2020 (dossier intimée pièce 29), le recourant 1 a déclaré avoir, le dernier week-end où il avait travaillé (4-5 avril 2020), « emballé » 17 patients décédés et que plusieurs collègues avaient été infectés également par le Covid-19. Lors de l'expertise le 19 mai 2022, le recourant 1 a affirmé que, dans le cadre de son activité d'infirmier responsable à R\_\_\_\_\_, il était régulièrement au contact

A/3123/2024 - 30/35 - des patients (dossier intimée pièce 122 p. 22). On peut par ailleurs admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le respect de la distanciation sociale n'était pas toujours possible en raison de la nature même de l'activité d'infirmier. Force est de constater que le recourant 1 était exposé à un risque de contamination bien plus élevé que le reste de la population par le fait qu'il était en contact direct étroit avec des patients et des collègues infectés par le Covid-19 dans le cadre de son activité professionnelle, en milieu hospitalier. Il y a donc lieu d'admettre que le recourant 1 exerçait une activité présentant le risque spécifique d'un poste de travail dangereux pour la santé à l'hôpital au sens de la seconde liste du ch. 2 let. b de l'Annexe 1 de l'OLAA. Par conséquent, la présomption d'une maladie professionnelle doit s'appliquer, le recourant 1 ayant contracté une infection Covid-19. Aucun élément au dossier ne permet de renverser cette présomption de maladie professionnelle. En particulier, il n'est pas démontré que le recourant 1 aurait été en contact avec des personnes ayant contacté le coronavirus, en dehors de son activité professionnelle. L'intimée ne conteste pas que le partenaire du recourant 1 a été testé négatif au Covid-19 selon le message reçu par le service du médecin cantonal genevois le 13 avril 2020, versé au dossier le 7 février 2025. Lors de l'entretien avec un collaborateur de l'intimée le 9 novembre 2020, le recourant 1 avait du reste déclaré que son époux n'avait pas été sujet au Covid-19 (pièce 29 p. 3). Dans un rapport du 2 juin

2021, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a mentionné que la famille du recourant 1 vivait au Canada et sa belle-famille dans le canton de Berne (pièce 222 p. 97). Dans un rapport du

### **E. 17**

mai 2021 à l'OAI, la psychiatre traitante a indiqué que le recourant 1 gardait des contacts avec ses amis et famille par face time (pièce 222 p. 55), soit en visioconférence. On ne peut donc pas admettre que le recourant 1, domicilié en France, avait une vie sociale riche, comme le prétend l'intimée, d'autant moins qu'il était soumis à un confinement strict du 17 mars au 11 mai 2020 selon les documents qu'il a produits le 7 février 2025. Une contamination dans les magasins ou les transports publics constitue uniquement une hypothèse, qui ne suffit pas, compte tenu des circonstances, à la rendre plus vraisemblable que celle d'une infection dans le cadre de l'activité professionnelle à l'hôpital (cf. arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois AA 142/21-62/2023 précité consid. 6c). Conformément à la jurisprudence fédérale (consid. 4.2.1 ci-dessus), il y a donc lieu de retenir que le Covid-19 était dû de manière prépondérante (plus de 50%) à l'activité d'infirmier responsable du recourant 1 aux C\_\_\_\_\_. Aussi la contraction du Covid-19 par le recourant 1 doit-elle être considérée comme une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 1 LAA en relation avec le ch. 2 let. b par. 4 de l'annexe 1 de l'OLAA. En conséquence, la décision initiale d'octroi de prestations du 13 juillet 2023 était correcte en tant qu'elle admettait que le recourant 1 souffrait d'une maladie professionnelle.

A/3123/2024 - 31/35 - La jurisprudence fédérale précitée confirme la prise de position de la recommandation n° 1/2003 de la Commission ad hoc des sinistres LAA, révisée au 23 décembre 2020, qui reconnaît le caractère de maladie professionnelle à une affection au Covid-19 pour le personnel hospitalier ayant travaillé avec des patients infectés ou contaminés. L'intimée relève avoir, dans un premier temps, pris en charge le cas annoncé en application de cette recommandation, même si le soupçon de maladie n'était pas confirmé par la suite. Or, au moment où l'intimée a statué pour la première fois, le test réalisé par le recourant 1 mettait en évidence qu'il avait contracté le coronavirus, et les rapports médicaux au dossier faisaient état des symptômes du Covid-19 que le recourant 1 présentait. L'intimée conteste, dans la décision litigieuse, la qualification de maladie professionnelle, en s'appuyant sur l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_516/2020 cité au consid. 4.1 supra portant sur l'impossibilité d'apporter la preuve de la causalité qualifiée, par exemple en raison de la propagation d'une maladie dans l'ensemble de la population. Or, cet arrêt, antérieur à la pandémie de Covid-19, n'est en tant que tel pas transposable au cas d'espèce, puisque, dans le contexte de cette pandémie, le Tribunal fédéral considère, comme précédemment exposé, que l'infection au Covid-19 par le personnel hospitalier chargé de soigner des patients atteints du Covid-19 est une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 1 LAA en lien avec le ch. 2 let. b par. 4 de l'annexe 1 de l'OLAA. Par conséquent, le fait que 4.4 millions de cas ont été enregistrés officiellement en Suisse ou que cette affection s'est propagée dans l'ensemble de la population n'est pas déterminant. Pas plus que ne l'est le fait que, selon des études réalisées, des personnes non infectées par le Covid-19 (groupe témoin négatif) présentaient les mêmes symptômes que les personnes atteintes par le Covid-19. Cela ne dit en effet rien sur le point - pertinent - de savoir si l'activité professionnelle exercée dans un hôpital est à l'origine de la maladie infectieuse contractée. Par ailleurs, dans la mesure où le diagnostic d'une infection post-Covid-19 présuppose le diagnostic d'une infection au Covid-19 déjà contractée (recommandation pour le bilan de médecin d'assurance d'une

affection post-Covid-19 en Suisse [version 2.0] du 31 juillet 2023 déjà citée, p. 6), on ne saurait considérer, comme le laisse entendre l'intimée, qu'une affection post-Covid-19 ne constitue pas une maladie au sens de l'art. 3 LPGA. Selon cette disposition, « est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail ». Dès lors que l'infection par le Covid-19 constitue une maladie, comme relevé précédemment, la persistance prolongée des symptômes du recourant 1 (Covid long) à la suite d'une infection au Covid-19, due de manière prépondérante à son activité professionnelle à l'hôpital, doit également être qualifiée de maladie professionnelle. Dans un arrêt du 14 décembre 2023 (ATAS/984/2023), la chambre de céans a relevé qu'il n'était A/3123/2024 - 32/35 - pas contesté que l'assurée concernée, assistante en soins et santé communautaire dans une maison de retraite, souffrait d'une maladie professionnelle depuis le 11 décembre 2020, à savoir, dans un premier temps, d'une infection au Covid-19 en tant que telle, et, par la suite, d'un Covid long (consid. 9.1). 5.1.2 Subsidiairement, l'intimée fait valoir que, même s'il fallait admettre l'existence d'une maladie professionnelle, la décision du 13 juillet 2023 était manifestement inexacte, au motif qu'elle avait négligé d'examiner la condition de l'existence d'un rapport de causalité adéquate, et que la négation dudit lien de causalité aurait dû la conduire au refus de toute prestation, y compris la rente et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. La décision du 13 juillet 2023, qui a mis le recourant 1 au bénéfice d'une rente d'invalidité entière en raison de ses troubles somatiques, reposait sur le rapport d'expertise du 15 juin 2022, ainsi que sur l'appréciation du médecin-conseil somaticien du 23 octobre 2022. Sur le plan somatique, cette expertise est fondée sur les pièces médicales du dossier (p. 11-21), l'anamnèse et les plaintes (p. 22-24), l'entretien avec le médecin généraliste traitant (p. 22), l'examen clinique et les constatations objectives (p. 24-28), ainsi que l'appréciation du cas (p. 29-32). Elle répond aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante (ATF 134 V 231 consid. 5.1), d'autant plus que dans son avis du 23 octobre 2022, le médecin-conseil de l'intimée a estimé que les conclusions de l'expertise somatique étaient convaincantes. Sur le fond, l'experte a mis en évidence tant des séquelles objectivables du Covid long (arthrites et inflammations des tendons ; p. 27 et 29) que celles sans substrat organique de cette maladie (dyspnée d'effort, douleurs thoraciques, céphalées, fatigue ; p. 28). Elle a relevé que le tableau clinique avait des répercussions sur la capacité de travail du recourant 1, qui était nulle dans toute activité (p. 29-30). Dans son appréciation du 23 octobre 2022, le médecin-conseil de l'intimée a considéré que l'atteinte à la santé somatique était, au degré de la vraisemblance prépondérante, au moins une suite partielle de l'événement du 11 avril 2020, c'est-à-dire de la maladie professionnelle. S'il a indiqué, à titre d'état maladif préexistant, un possible éthyisme chronique, il a néanmoins reconnu que l'événement du 11 avril 2020 avait provoqué une aggravation décisive de l'état de santé, justifiant une totale incapacité de travail dans toute activité. Selon le médecin-conseil, l'infection au Covid-19 est donc la cause prépondérante de l'atteinte à la santé. C'est le lieu de rappeler que l'octroi de la rente d'invalidité dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation (évaluation de l'incapacité de travail et de l'invalidité, appréciation des preuves, appréciation des questions relatives à l'exigibilité ; Margit MOSER-SZELESS, Commentaire

A/3123/2024 - 33/35 - romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 76 ad art. 53 LPGA). Eu égard aux éléments à disposition à l'époque, et en l'absence d'avis médicaux contraires à celui du médecin-conseil, il n'y a pas lieu de considérer que l'intimée,

au moment où elle a statué le 13 juillet 2023, a fait un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation. Quant à l'examen du rapport de causalité adéquate, c'est également le lieu de rappeler que la définition légale de la maladie professionnelle selon l'art. 9 al. 1 LAA exige, outre un rapport de causalité naturelle entre l'origine incriminée et l'atteinte à la santé considérée, une causalité adéquate qualifiée, la maladie devant être due exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux (BARMAN IONTA / IONTA, op cit., p. 63). Étant donné qu'en l'occurrence, pour les motifs déjà exposés, le recourant 1 souffre d'une maladie professionnelle, et que d'après le médecin-conseil somaticien, son état de santé s'est aggravé de manière prépondérante à cause de cette maladie professionnelle, en reconnaissant (implicitement) l'existence d'un rapport de causalité adéquate et en allouant une rente fondée sur un taux d'invalidité de 100% liée aux troubles somatiques, l'intimée n'a pas rendu une décision insoutenable le 13 juillet 2023. 5.1.3 Aussi les conditions requises pour procéder à la reconsidération de la décision du 13 juillet 2023 n'étaient-elles pas remplies. Il est donc, par appréciation anticipée des preuves, superflu de donner suite aux offres de preuves du recourant 1 (ATF 122 II 464 consid. 4a). 5.1.4 Quant à l'octroi justifié ou pas de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité résultant des troubles neuropsychologiques du recourant 1, élément sur lequel l'experte somaticienne ne s'est pas prononcée (p. 32), à l'inverse du médecin-conseil, cette question peut demeurer ouverte, dès lors que, dans la décision litigieuse du 22 août 2024, l'intimée a indiqué qu'elle ne réclamerait pas le remboursement de cette prestation (p. 7). 5.2 Reste à se déterminer sur le point de savoir si l'intimée doit prendre en charge le traitement médical des troubles psychiques du recourant 1. À cet égard, se pose la question de la causalité adéquate desdits troubles avec la maladie professionnelle. Comme il ressort du consid. 4.3 supra, en présence d'une maladie professionnelle, la causalité adéquate ne doit pas être examinée au moyen de la méthode spécifique développée par la jurisprudence (classification des accidents). Il y a lieu, au contraire, de déterminer si la maladie professionnelle est propre, 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.

A/3123/2024 - 34/35 - Au vu des rares cas dans lesquels le Tribunal fédéral a reconnu un lien de causalité adéquate entre une maladie professionnelle et des troubles psychiques, on constate que, en l'espèce, l'infection au Covid-19 par le recourant 1 n'a pas mis sérieusement sa santé en danger, puisque, comme il l'admet, il n'a jamais été hospitalisé. Par conséquent, il n'a pas dû être soigné en soins intensifs. La recommandation pour le bilan de médecine d'assurance d'une affection post-Covid-19 en Suisse (version 2.0) du 31 juillet 2023 relève du reste que le Covid-19 est souvent associé à une dépression, mais aussi à des états de stress post-traumatique dans les formes très graves traitées en soins intensifs (p. 18). Par ailleurs, quand bien même le recourant 1 a été confronté, juste avant sa contamination, à un nombre élevé de décès (17) dans l'unité de soins où il travaillait, il a, en sa qualité d'infirmier, très vraisemblablement, déjà dû faire face au décès de patients. De plus, la crainte de la recontamination ou de la contamination de l'entourage (ici le partenaire) est un sentiment qui était partagé par tout un chacun durant cette période de pandémie. Dans ces circonstances, on doit admettre que les troubles psychiques du recourant 1, si tant est qu'ils soient en relation de causalité naturelle avec la maladie professionnelle, ne sont pas en relation de causalité adéquate avec celle-ci. En conséquence, le traitement médical des troubles psychiques n'est pas à la charge de l'intimée. 6. Au vu de ce qui précède, le recours dans la cause A/3123/2024 est admis et la décision sur opposition du 22 août 2024 annulée,

dans la mesure où elle met fin à la rente et à la prise en charge du traitement médical des atteintes somatiques allouées précédemment au recourant 1. Le recourant 1, qui obtient gain de cause, et est assisté d'un avocat, a droit à des dépens, fixés en l'espèce à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). En revanche, le recours dans la cause A/3108/2024 est rejeté et la décision sur opposition du 22 août 2024 confirmée en tant qu'elle refuse la prise en charge du traitement médical des troubles psychiques du recourant 1. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/3123/2024 - 35/35 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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